Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 18. 5. maja 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ś. p. Prof. Dr. Antoni Gluziński.

Dnia 10. IV. b. r. zmarł w Warszawie nestor internistów polskich ś. p. Antoni Gluziński, zasłużony badacz i znany profesor uniwersytetów Krakowa, Lwowa i Warszawy.

Ś. p. Władysław Antoni Gluziński urodził się we Włocławku w r. 1856. Studja lekarskie odbywał w Uniwersytecie Jagiellońskim, gdzie w roku 1880 uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich. Po dwuletniej asystenturze w Zakładzie Fizjologji Uniwersytetu Jagiellońskiego rozpoczyna pracę w Klinice Chorób Wewnętrznych tegoż Uniwersytetu, w której jako asystent pozostaje do r. 1887. W r. 1885 habilituje się z zakresu patologji i terapji szczegółowej chorób wewnętrznych. W r. 1890 zostaje profesorem nadzwyczajnym medycyny wewnętrznej, a w r. 1893 profesorem zwyczajnym patologji ogólnej i doświadczalnej w Uniwersytecie Jagiellońskim. Po zorganizowaniu Wydziału Lekarskiego we Lwowie prof. Gluziński w roku 1897 obejmuje kierownictwo nowoutworzonej Kliniki Lekarskiej, zostawszy mianowany profesorem zwyczajnym patologji i terapji szczegółowej chorób wewnętrznych w Uniwersytecie Lwowskim. Na tem stanowisku pozostaje przez lat 22 t. j. do roku 1919, poczem przenosi się do Warszawy i obejmuje kierownictwo Kliniki Lekarskiej Uniwersytetu Warszawskiego jako profesor zwyczajny medycyny wewnętrznej, w 1927 r. przechodzi na emeryturę i zostaje mianowany profesorem honorowym tegoż Uniwersytetu.



W pierwszym okresie działalności naukowej zajmuje się ś. p. prof. Gluziński zagadnieniami więcej teoretycznemi i ogłasza rozprawy dotyczące wchłaniania tłuszczów w przewodzie pokarmowym (1882), wpływu podwiązania tętnic wieńcowych na narząd nerwowo-ruchowy serca (1894), działania wyciągów z nadnercza (1895) i t. d. Z tych czasów pochodzi także zwięzła monografja: *„Zarys ogólnej patologji i terapji gorączki"* (Kraków, 1896). Od samego zarania pracy zajmują Go jednak przedewszystkiem tematy z zakresu medycyny wewnętrznej i te pozostają podstawą jego publikacyj naukowych do końca życia. W okresie krakowskim rozpoczyna badania nad patologją kliniczną schorzeń przewodu pokarmowego, a przedewszystkiem żołądka, która zajmuje Go potem przez długie lata. Wspólnie z Jaworskim, dalej z Buzdyganem a także sam publikuje liczne prace dotyczące metodyki badań, stanów patologicznych i fizjologji klinicznej żołądka, dając podstawy do rozwijającej się wówczas nauki o schorzeniach tego narządu.

Z licznych prac tego działu przytoczyć należy: *„Methode für die klinische Prüfung und Diagnose der Störungen in der Verdauungs-Funktion des Magens"* (1884), *„O zachowaniu się istot białkowych w żołądkach fizjologicznych i patologicznie zmienionych"* (wspólnie z Jaworskim — 1885), *„O wpływie wyskoku na czynność żołądka fizjologicznego i patologicznie zmienionego"* (rozprawa habilitacyjna — 1885), *„Zachowanie się trawienia żołądkowego w różnych postaciach niedokrewności, a szczególnie blednicy"* (wspólnie z Buzdyganem — 1891), *„O nadżerkach i owrzodzeniach powierzchownych żołądka"* (1900), *„O leczeniu wrzodu okrągłego żołądka"*. Praca *„O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka"* (Gazeta Lek. 1902 i *Mittl. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1902) znalazła uznanie w literaturze ogólnej i stała się źródłem dla znanej i używanej do wczesnego rozpoznawania raka żołądka t. zw. próby Gluzińskiego. Drugim działem zainteresowań ś. p. prof. Gluzińskiego była patologja narządu krążenia, a zajął się nią ze stanowiska doświadczalnego już jako profesor patologji ogólnej i doświadczalnej. Z prac klinicznych w ten zakres wchodzą: *„O ostrem i podostrem zapaleniu tętnicy głównej w następstwie chorób zakaźnych"* (1900), *„Kilka uwag o badaniu klinicznem sprawności narządu krążenia"* (1907) i przedewszystkiem *„Podręcznik chorób narządu krążenia"* (1904), stanowiący część składową Podręcznika chorób wewnętrznych wydanego przez Jaworskiego. Z licznych innych publikacyj zasługuje na uwagę grupa prac dotycząca schorzeń krwi. Do literatury ogólnej przeszły dwie prace ogłoszone wspólnie z Reichensteinem, a mianowicie: *„T. zw. myeloma i białaczka limfatyczna"* (1906) i *„Myeloma i Leukaemia lymphatica (plasmocellularis)"* — 1907. Przytoczyć także należy pracę: *„W sprawie wydzielania chlorków w moczu przy chorobach nerkowych"* (1908), w której Gluziński porusza dziś tak aktualną, a wówczas zupełnie nieznaną sprawę znikania chlorków z moczu w stanach zapalnych nerek i znaczenia tego objawu dla stanów mocznicowych. W ostatnich latach pracy klinicznej zajmuje się schorzeniami kiłowemi narządów wewnętrznych, a przedewszystkiem wątroby, podnosząc znaczenie rozlanego obrzęku wątroby z gorączką o typie przerywanym dla rozpoznania utajonej kiły dorosłych, powstałej na tle kiły dziedzicznej.

Ze względu na zwięzłość niniejszego wspomnienia pośmiertnego, nie podaję dokładnego wykazu prac naukowych Zmarłego; szczegółowy wykaz prac znajdzie się w obszernem wspomnieniu, które ukaże się w Polskiem Archiwum Med. Wewn., którego założycielem i pierwszym redaktorem był ś. p. prof. Gluziński.

Poza pracą naukową Zmarły brał czynny udział w życiu społeczno-lekarskiem. W czasie pobytu we Lwowie, wspólnie z Janiszewskim, tworzy w r. 1904 Towarzystwo Walki z Gruźlicą,

a w r. 1908 zakłada pierwszą na ziemiach Polski poradnię i przychodnię przeciwgruźliczą. Dziś istniejące w Polsce towarzystwa walki z gruźlicą i odnośne poradnie i przychodnie są niejako dalszem rozwinięciem myśli, podjętych wówczas przez społeczeństwo Lwowa. Zmienione warunki polityczne skłoniły w czasie pobytu w Warszawie prof. Gluzińskiego do wzięcia udziału w organizacji Towarzystwa Lek. Słowiańskich i zjazdów lekarskich ogólno-słowiańskich. Sprawie tej poświęcił dużo czasu i trudu połączonego z wyjazdami do Czech lub Jugosławji, dążąc do uzgodnienia, trudnych nieraz do pokonania, sprzecznych zdań rozmaitych ludów słowiańskich. W ten sposób przyczynił się wydatnie do przyjścia do skutku I Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Warszawie. Podnieść jeszcze należy zasługi położone przez ś. p. Gluzińskiego przy stworzeniu Towarzystwa Internistów Polskich i założeniu Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej, którego był pierwszym redaktorem.

W uznaniu Jego zasług nie szczędzono Mu odznaczeń ze strony uniwersytetów, towarzystw lekarskich i władz państwowych. Wydział Lekarski Lwowski powierzył Mu godność dziekana, a Senat tegoż Uniwersytetu wybrał Go rektorem. Warszawski Wydział Lekarski w ręce Jego złożył również godność dziekana. Towarzystwo Lekarskie we Lwowie wybrało Go prezesem, a później nadało Mu godność członka honorowego. W Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem był prezesem, a potem przez szereg lat stałym sekretarzem, a godność ta w stosunkach warszawskich jest wyrazem dużego zaufania społeczności lekarskiej; pozatem był członkiem honorowym licznych towarzystw lekarskich polskich i innych słowiańskich. Rząd Polski obdarzył Go Komandorją Odrodzenia Polski — Polonia Restituta, — Rząd Jugosłowiański orderem Sawy I klasy i Orła Białego I klasy, Rzad Czeski nadał Mu komandorję Lwa Białego.

Wkońcu podnieść muszę wielkie przywiązanie, które okazywali Mu liczni Jego uczniowie i uznanie, którem cieszył się wśród licznej rzeszy chorych, a był prawdziwym lekarzem wielkiej miary.

Cześć Jego pamięci!

M. Franke (Lwów).

WYKŁADY KLINICZNE.

Prof. Dr. Wincenty SKOWROŃSKI. Lwów.

Analiza i synteza w medycynie a lecznictwo.

Corazto częściej czyta się w piśmiennictwie lekarskiem, szczególnie niemieckiem, o kryzysie w medycynie. Jakiego rodzaju jest to przesilenie, jakie są jego źródła i czy jest to przesilenie chorobowe w znaczeniu lekarskiem, po którem nastąpi wyzdrowienie, o tem chciałbym podać kilka uwag. Uważam bowiem, że nie można wyjaławiać piśmiennictwa lekarskiego z ogólniejszych tematów i zacieśniać się tylko do wąskiego kręgu własnych zainteresowań, ale trzeba od czasu do czasu zdać sobie sprawę z tego, jakiemi drogami kroczy obecnie medycyna, aby spełnić swe szczytne zadania. Nie powiem rzeczy nieznanych, tylko będę starał się ująć je inaczej.

Na pytanie, czy jest przesilenie w medycynie, odpowiem przecząco, ponieważ nie widać zastoju w jej dalszych postępach naukowych, natomiast „przesila się" zawód lekarski. Dlaczego mimo niewątpliwych sukcesów medycyny we wielu dziedzinach, szczególnie w profilaktyce i higjenie, znaczenie lekarza w społeczeństwie i jego rola w lecznictwie jest corazto mniejsza? Ponieważ lekarze dali się porwać kierunkowi analitycznemu, reprezentowanemu przez naukę, i przestali dobrze leczyć. Lekarze wzięli na siebie rolę ważniejszą — w ich rozumieniu — t. zn. poznawanie przyczyn i rozpoznawanie chorób, przyczem zaniedbali lecznictwo. Chorzy to zrozumieli i udali się do nielekarzy lub takich lekarzy, którzy potrafili połączyć wiadomości teoretyczne z praktyką leczniczą. Temu należy przypisać powstanie różnych sekt lekarskich jak homeopatów, którzy operując mętnemi doktrynami i umiejąc sprytnie wyzyskiwać przerosty lub błędy oficjalnej medycyny, zdołali nawrócić na swą wiarę wielu lekarzy np. w Niemczech lub Ameryce. Temu też zawdzięczają swe powstanie różni znachorzy jak naturaliści, biochemicy, kręgarze, różdżkarze i t. p., i nie powinno nas to dziwić, że właśnie w tych krajach (Niemcy, Stany Zjedn.), gdzie najwyżej stoi nauka doświadczalna medycyny, właśnie tam rozwielmożniła się najwięcej jej negacja. Ponieważ dobrym lekarzem może być tylko ten, kto jest nietylko mądrym ale i dobrym człowiekiem, dlatego bardzo często nietylko nieuświadomiony, ale nawet sławny lekarz posyła swoich najbliższych do dobrego znachora.

Nasze studja lekarskie uczą bowiem tylko mądrości, a nie dobroci. Spróbuję przedstawić — trochę przejaskrawiając — jak przedstawia się kształcenie studenta. Młody człowiek na studjach chłonie wiedzę przeważnie bezkrytycznie, wierzy na ślepo w prawdy wygłaszane przez profesorów lub przeczytane z podręczników, ale z chwilą zetknięcia się z praktyką lekarską albo nie może — albo nie umie — odpowiednio swej wiedzy zastosować i tak powstaje nihilizm terapeutyczny, który czasem dopiero ustępuje pod wpływem nabytego doświadczenia. Ten nihilizm terapeutyczny ma swoje źródło w tem, że medycyna kliniczna nie jest nastawiona na leczenie. Chociaż jest to paradoksalne, to jednak zdaje się, że dzisiejszy lekarz nie leczy, tylko „rozpoznaje". W medycynie zewnętrznej, gdzie postępowanie jest często niezależne od dokładnego rozpoznania albo gdzie się łatwiej wogóle rozpoznaje, leczenie stoi na pierwszym planie i dlatego aktywność lekarzy w tej dziedzinie jest czasem za wielka, zwłaszcza jeśli chirurg rozstrzyga nożem sprawy chorobowe wymagające innego leczenia. I dlatego też każdy nielekarz a nawet lekarz-nihilista uznaje wartość chirurgji, mimo tego, że metody chirurgiczne są tak nielekarskie w znaczeniu ludzkiem. Lecznictwo chirurgiczne kroczyło zresztą przez całe wieki oddzielnemi drogami i dopiero niedawno (przeszło 100 lat) zlało się z medycyną wewnętrzną w jedną całość, stąd też poglądy i metody postępowania są różne.

Jeśli jednak młody student pełen zapału i chęci ulżenia chorym cierpiącym zetknie się z medycyną wewnętrzną, to szybko rozbije się jego zapał o „rozpoznanie". Najpierw zaczyna się badanie (nieśmiertelny schemat), szczegółowa historja choroby, potem t. zw. pomocnicze badania krwi, moczu, kału, Roentgen, i t. d., codzienna obserwacja, tylko w historji choroby w rubryce „rozpoznanie" często niema nic. Młody człowiek robi to wszystko cierpliwie. Poco? W celu rozpoznania choroby. A co się dzieje z leczeniem? Przecież chory poto się zgłosił. Słyszy odpowiedź: bez dokładnego rozpoznania niema leczenia. Czasem się coś tam daje (jakieś objawowe leczenie, o którem szanujący się lekarz nie powinien nawet mówić): *ut aliquid fecisse videatur.* A w cięższych przypadkach przygotowuje się rozpoznanie dla sekcji, które powinno być — co jest ideałem klinicysty — możliwie najwierniej anatomiczne. I to z młodego uczuciowego studenta lub lekarza usuwa resztki wzniosłych uczuć. Widzi, że medycyna może leczyć dopiero po rozpoznaniu, a do postawienia rozpoznania potrzeba tylko logicznie myśleć i dużo umieć (leczenie jest w książkach zawsze podane — wprawdzie krótko — w paru linijkach, ale to wystarczy, tylko ażeby najpierw rozpoznać). Stąd słuszny wniosek: lekarz musi posiadać dużo różnych wiadomości, musi być mądry. Uczucia dla chorych (dobroci) nie potrzeba, bo zresztą emocja przeszkadza w spokojnem, logicznem myśleniu. I dlatego lekarz staje się zimnym i wyrachowanym, chyba że z natury jest dobrym człowiekiem i nauczy się później leczyć bez właściwego rozpoznania.

A teraz należałoby się spytać, dlaczego to rozpoznanie jest takie trudne? Czy zawsze diagnoza stanowiła cel, do którego lekarz dążył? Otóż nie. Dawniej lekarz poprostu zbadał i leczył, a obecnie „stawia się rozpoznania" przy współudziale wielu specjalistów i przy użyciu wyszukanej aparatury. Nawet termin polski „rozpoznanie", wprowadzony prawdopodobnie w połowie ub. wieku, kiedy powstawał dzisiejszy kierunek w medycynie, uwydatnia tę pracę myślową lekarza, ponieważ ma to być rozebranie choroby na części, czyli analiza. Wyraz diagnoza oznacza jednak co innego, ponieważ greckie *dia* znaczy *przez,* czyli poznanie (chorego) przez, jakby przejrzenie nawskroś. I nawet termin ludowy lepiej oddaje tę diagnozę dawnych lekarzy, ponieważ lud mówi „poznał" się lub nie „wyznał się na chorobie", przez co chce zaznaczyć, że rola lekarza polega na przyjrzeniu się lub wejrzeniu w chorobę, a nie na rozeznaniu się w niej, czyli zanalizowaniu jej. Chory chce, ażeby jego chorobę jako całość (jakby jakiegoś demona starożytnych) uchwycić i usunąć, a lekarze wiedząc, że choroba to jakieś zaburzenie organizmu, chcą najpierw wszystkie jego narządy i poszczególne czynności poddać zbadaniu, ażeby znaleźć miejsce choroby i jej przyczyny.

Analiza bowiem cechuje naszą medycynę i jakikolwiek dział jej weźmiemy, wszędzie jest tylko rozdrabnianie i obserwacja na-

rządów, ich części czyto pod względem morfologicznym czy czynnościowym. I tak jest nietylko w lekarskich naukach teoretycznych, ale klinika coraz się rozdrabnia (specjalizuje), ponieważ ilość faktów i fakcików zdobytych nie obserwacją ale badaniem nowemi metodami pomocniczemi coraz się powiększa. I słusznie, ponieważ nauka opiera swoje istnienie na analizie, bez dzielenia i segregowania tych różnic nie byłoby naukowej medycyny. Dlatego niema medycyny bez analizy. Ale równocześnie niema praktyki lekarskiej bez s y n t e z y. Medycynę możnaby porównać z chemją, którą też dzielimy na analityczną i syntetyczną. Sama chemja analityczna byłaby nauką bardzo interesującą, ale dla praktycznego życia nie miałaby żadnego znaczenia, ponieważ nicby nam z tego nie przyszło, że istnieją pierwiastki w ilości 92, a alkohol, cukier lub tłuszcz składają się z węgla, wodoru i tlenu. Dopiero chemja syntetyczna staje się pożyteczną. Tak samo w medycynie ważnem jest syntetyczne poznanie chorego i w związku z tem „l e c z e n i e".

Analiza i synteza czyli poznawanie części i ujmowanie całości, to odwieczny problem w medycynie, ponieważ począwszy od Arystotelesa i Hippokratesa aż do naszych czasów nie jest i nie może on być rozwiązany. Jest to jakby odwieczna walka między dwiema właściwościami naszego umysłu, między rozumem a uczuciem. Rozum potrafi dobrze analizować i logiczne wnioski wyciągać, ale tylko wysiłek uczuciowy pozwala ogarnąć całość i zająć jakąś postawę wobec obserwowanego zjawiska. Na przestrzeni wieków raz bierze przewagę rozum, by po pewnym okresie oddać przewodnictwo uczuciu Tak się dzieje nietylko w medycynie, ale wogóle w stosunkach pomiędzy ludźmi. Przewaga rozumu w poczynaniach ludzkich stwarza w polityce, ekonomji czy w literaturze okresy oświeconego absolutyzmu, liberalizmu lub pozytywizmu, co odbija się w naukach lekarskich: w teorjach komórkowej patologji, umiejscowienia chorób i racjonalnego leczenia. Okresy przewagi uczucia to romantyzm czyto literacki czyto polityczny, kiedy ludzie lub państwa znajdują się pod urokiem jakiejś idei (po lekarsku mówimy wtedy o lekkiej psychozie nagminnej). Taki okres obecnie przeżywamy i to przejawia się niepokojem, który ogarnął nas, ponieważ zdawaćby się mogło, że niewzruszone wartości i podstawy medycyny zaczynają się chwiać.

W ubiegłym wieku w medycynie przeważał kierunek rozumowy, analityczny. Był to czas, kiedy ten, co rzucił okiem do mikroskopu, robił odkrycia. Głównie odkrycia i autorytet dwóch mężów ustaliły na długie lata przewagę rozumu. Jeden to V i r c h o w, twórca patologji komórkowej, który ugruntował patologję narządów i przeznaczył siedlisko każdej chorobie (umiejscowił je w jakimś narządzie), a drugi to P a s t e u r, który wyszukał przyczyny wielu chorób. Obaj byli ludźmi swojej epoki i przenieśli swoje — jakżeż proste — poglądy na teren tak skomplikowany, jakim jest organizm. V i r c h o w, wyznawca zasad rewolucji francuskiej (zamłodu w roku 1848 walczył na barykadach o wolność ludów), wolność, równość i niezależność to były jego hasła także w stosunku do komórek organizmu; każda komórka ma prawo rosnąć i rozwijać się, żyć lub chorować niezależnie od drugiej, a nawet przerastać i żyć kosztem drugiej. Zgoda pomiędzy niemi lub zależność jest niepotrzebna (co odpowiadało późniejszemu hasłu pozytywistów: „Czyń każdy, co każe duch Boży, a całość sama się złoży"). To było przeniesienie rewolucji francuskiej do medycyny, a jak każda rewolucja, tak samo i ta lekarska zaczęła rachubę dziejów medycyny od przewrotu, co było przedtem, to się nie liczy, czyli medycyna przed V i r c h o w e m to znachorstwo, to średniowiecze.

Drugi P a s t e u r, umysł genjalny, ale jakżeż prostolinijny, nie lekarz, ale chemik, który metody chemiczne przeszczepił na grunt medycyny, który ustala ściśle warunki doświadczenia i do skomplikowanych zjawisk w przyrodzie wprowadza jedną jedyną przyczynę choroby: bakterje. Niezwykły upór, umiejętność upraszczania spraw życiowych (ponieważ na życie patrzy się jak chemik na przyrodę martwą, a nie jak przyrodnik-biolog) przy zastosowaniu niezwykłych metod wprowadzania czynników chorobotwórczych (wstrzykiwanie wprost do tkanek), zdecydowały o tem, że wykrycie drobnoustroju uważano za rozwiązanie całego zagadnienia epidemjologji. Tem się też chlubi medycyna, że potrafi zapobiegać wielu chorobom, zapominając jednak o tem, że zmniejszenie śmiertelności, ilości epidemij i podniesienie przeciętnego wieku życia, należy w lwiej części przypisać rozwojowi techniki i sposobowi życia. Nowe warunki życia stwarzają możliwość istnienia lub zanikania różnych chorób. Tak jak w naszych czasach powstała choroba Banga, tak samo w średniowieczu był trąd albo kiła, (która miała inny przebieg jak dzisiaj), tak każdy okres ma obok swojego stylu swoje choroby. Jakżeż trudno jest odtworzyć obecnie przyczyny śmierci np. króla Batorego lub Napoleona, mimo że istnieją protokóły sekcyjne i dokładne opisy chorób, a nawet jak trudno zrozumieć często pracę lekarską przed 20—30 lat, jeżeli się czyta bez wczucia się w ówczesne prądy. Dlatego też porównywanie lub statystyczne zestawienia, mimo ich wielkiej wartości na małym odcinku czasu i przestrzeni, nie mają dużego znaczenia przy zmienionych warunkach bytowania ludzi. I tak jak we wszechświecie niema stabilizacji, ponieważ jak wykazują astronomowie świat się rozszerza, tak samo i w medycynie niema skostnienia w teorjach okresu analitycznego, tylko od pewnego czasu, spoczątku nieśmiało, potem coraz odważniej, pojawiają się teorje inne, bardziej odpowiadające duchowi czasów, które przeżywamy.

Zjawiska anafilaksji, alergji, odporności, odkrycie hormonów, witamin, cyklogenji bakteryj i obecność form przesączalnych, odrodzenie nauki o konstytucji i poznanie dziedziczności, przesuwają punkt ciężkości w badaniach na organizm jako całość. Tworzy się medycyna syntetyczna. Spostrzegamy, że każda jednostka stanowi zamkniętą w sobie całość, że przez badanie części nie wiemy nic lub prawie nic o całości, że o wszystkiem zdaje się decydować ustrój lub podłoże oraz środowisko, w którem ten organizm żyje. I dlatego odzywają się głosy, że komórki nie są samodzielnemi jednostkami, tylko że tworzą rodzaj spólnoty *(syncytium)*, że neurony z swojemi neurytami i dendrytami nie są to wyspecjalizowane jednostki kierownicze, że kory mózgowej i innych jej części nie można rozparcelować i powyznaczać w niej pól t. zw. lokalizacyjnych, których zniszczenie powoduje utratę pewnych ściśle określonych funkcyj, tylko że mózg posiada dużą plastyczność i przystosowalność, a te różne ośrodki należy pojmować jako wyraz czynnościowej energji, a nie w znaczeniu anatomicznem.

Dodajmy do tego corazto wzrastającą ilość substancyj chemicznych, które organizm potrafi produkować (hormony lub witaminy), a które według naszych badań spełniają rolę dobrych lub złych duchów wysyłanych przez różne narządy, ażeby niepokoić lub usypiać czynności innych narządów, albo ten układ wegetatywny, który rozdzieliliśmy na dwie części, ażeby nam łatwiej było tym „niesfornym koniem" kierować, albo jak w nauce o bakterjach, gdzie przez ciągłe analizowanie doszliśmy już do tylu podgrup, odmian i cyklów rozwojowych, że istnieje obawa rozpłynięcia się tej nauki w powodzi nazw i zagubienia się jej znaczenia praktycznego dla medycyny.

Nic dziwnego, że medycyna praktyczna chce mieć jakiegoś duchowego przewodnika w tej powodzi faktów, nie może ona być dalej skrajnie materjalistyczna i nie wystarcza jej tłumaczenie zjawisk życiowych znanemi prawami fizyczno-chemicznemi, i to w tym czasie, kiedy sama fizyka przestała się zajmować badaniem praw fizycznych i zaczęła „bujać w przestworzach", szukając promieni kosmicznych lub badając budowę atomów. Tak jak fizyka połączyła materję z energją w jedną całość, tak samo lekarz widzi, że „nie samym jeno chlebem żyje człowiek", że sama materja nie stanowi o życiu i zdrowiu, ale dopiero w połączeniu z jakąś energją życiową tworzy całość żywego organizmu. Taka dwoistość istnieje nietylko w biologji, także i fizycy nie mogli się zgodzić na teorję falową czy korpuskularną promieniowania, aż znalazła się formułka, która wszystkich zadowoliła. Taką formułkę trzeba właśnie znaleźć w medycynie, któraby w materjalizm wlała ducha, wtedy dopiero medycyna będzie żyła.

Nietylko zresztą w medycynie następuje rewizja poprzednich poglądów. I w innych dziedzinach nauk przyrodniczych zaczynają się mnożyć fakty, zdawałoby się przeczące prawom wykrytym w okresie panowania kierunku rozumowego. Np. hodowcy stwierdzają, że żywienie kiełkowanym owsem daje lepsze wyniki jak żywienie owsem suchym mimo około 10% strat w materjale odżywczym. Możnaby to tłumaczyć lepszem wyzyskaniem paszy przez soki trawienne, obecnością enzymów w kiełkach, witamin i t. p., ale czyż to nie oznacza wprowadzenia do nauki o żywieniu jakiejś energji niematerjalnej lub posiadającej stosunkowo nikłą materję. Tak samo lepszy wygląd i większa mleczność bydła na paszy zielonej, często nawet bardzo skąpej, może być tłumaczona obecnością tych nieważkich czynników biologicznych. — Albo np. w rolnictwie corazto częściej mówi się o uprawie t. zw. biologiczno-dynamicznej. Abstrahuję od poglądów tych rolników, otaczających się dziwną tajemniczością i tworzących jakby rodzaj sekty religijnej (śpiewy przy sporządzaniu krowieńca z wodą, jakieś szczepionki zmieniające kompost na pełnowartościowy nawóz, zakaz stosowania trujących nawozów mineralnych), ale zdaje się istotną nowością dotąd nienależycie uwzględnianą w rolnictwie jest zwrócenie uwagi na czynniki tkwiące w samej roli, t. j. na czynną próchnicę. Okazuje się, że nie same nawozy sztuczne, ale ta próchnica, którą można powiększać przez naturalne nawożenie i odpowiednią obróbkę gleby, ma decydujący wpływ na wielkość plonów. Może być, że i hormony produkowane przez zwierzęta przyczyniają się do wzrostu plonów, przekonano się bowiem doświadczalnie, że folikulina wydalana w moczu klaczy lub ogierów w olbrzymich ilościach, bo przeszło miljon jedn. mysich dziennie,

zwiększa wybitnie wzrost roślin. A więc odwrót od sztucznego dopełniania roli substancjami chemicznemi, analizowania gleby, a zwrócenie się do całości, do warunków życia, życie bowiem to nie takie czy inne składniki chemiczne, to jest ich stan koloidalny. Ten stan koloidalny jest swoistym stanem skupienia całkiem różnym od stanu gazowego, ciekłego i stałego, do których stosują się prawa fizyko-chemiczne. Jest to jakby czwarty stan życiowy, dla nas prawie niezrozumiały i trudno poznawalny, tak jak czwarty wymiar w teorji względności jest niełatwy do zrozumienia.

Jaka powinna być diagnoza? Musi to być synteza, obejmująca zaburzenie czynności całego chorego organizmu, ma to być poznanie jednostki na tle środowiska. Trzeba przestać patrzyć na chorego jak na przypadek ściśle określonej jednostki chorobowej, bo w rzeczywistości niema jednostek chorobowych, jest tylko chory człowiek reagujący w sposób sobie właściwy. Zadaniem lekarza będzie poznać, do jakiego typu można zaliczyć chorego. A do tego potrzeba nietylko naukowej analizy, ale także trochę przygotowania humanistycznego, dużo ogólnego historycznego, nieco filozoficzno-spekulatywnego, i dlatego nie jest błędem żądanie od przyszłego lekarza wykształcenia klasycznego, ponieważ lekarz ma być miłośnikiem piękna i artystą, a nie inżynierem-technikiem naprawiającym maszynę. Nie można od lekarza żądać ścisłości i dlatego rozpoznawanie jednostek chorobowych trzeba zastąpić określeniem jakiegoś zaburzenia lub zespołu objawów czy czynników wywołujących. Tak też dobry lekarz postępuje. I jeśli porówna się np. medycynę francuską z niemiecką, to zaraz zauważa się bogactwo wielu nazw w piśmiennictwie francuskiem (oni nie głowią się nad wciśnięciem jakiegoś przypadku do szufladki jednostki chorobowej), ponieważ medycyna francuska jest raczej praktyczna, a niemiecka teoretyczno-analityczna.

Diagnoza niema być stawiana jak jakiś gmach z cegiełek, tylko ma się wyłonić jako wytwór pracy myślowej. Możnaby tę pracę myślową porównać z pracą chemika syntetycznego. Innemi bowiem metodami pracuje chemja analityczna, a inne metody stosuje chemja syntetyczna. Również zależnie od wielkości produkcji synteza w pracowni odbywa się inaczej jak synteza w fabryce, i dlatego chemik pracowniany nie zna przebiegu reakcyj w skali fabrycznej. Ten sam środek chemiczny np. alkohol możnaby otrzymać różnemi metodami, ale nie jest najkorzystniej otrzymywać go np. z pierwiastków t. j. z węgla, wodoru i tlenu, poddając je różnym kolejnym przemianom, tylko dostaje się go w najtańszy sposób przez rozszczepienie skrobi przy pomocy drożdży. I tak samo w medycynie możnaby syntezę myślową stanu choroby zrobić na podstawie analizy t. j. rozbicia jakby na pierwiastki i może sobie na to czasem pozwolić nauka (analitycy), ale lepiej to zrobić znając tylko grupowe własności jakby grupy chemiczne w łańcuchach bocznych naokoło rdzenia benzolowego w chemji organicznej (syntetycy), a w praktyce lekarskiej można mieć syntezę nawet na podstawie nielicznych danych tak jak prymitywna fabryczka dostaje często niezłe środki chemiczne. Rozumie się te trzy rozpoznania mogą się nieco różnić od siebie, tak jak te same środki chemiczne otrzymane w różnych warsztatach, ale cel swój spełnią, a tym celem jest leczenie.

Leczenie polega na tem, że chory poddaje się władzy lekarza. Może ono dać dobry wynik tylko w takim wypadku, jeśli lekarz góruje nad chorym czyto swoją wiedzą, czyto duchowo. Zakłócenie tego stosunku albo brak wiary u chorego uniemożliwia leczenie. Obecne warunki praktyki lekarskiej często powodują, że stosunek między chorym a lekarzem nie jest taki idealny, a przyczyna leży po obu stronach. Chory udaje się do lekarza psychicznie nieprzygotowany, a lekarz uważa chorego za przypadek i nie stara się na niego działać psychicznie swoim autorytetem. Powodem nieprzygotowania psychicznego chorego jest udostępnienie pomocy lekarskiej i zbyt częste stykanie się z lekarzami w błahych sprawach chorobowych, oraz zbytnie uświadomienie ludności w zakresie medycyny. Wiadomo, że w wyjątkowych tylko wypadkach zyskuje się przy bliższem poznaniu, przeważnie traci się, tak samo jak dziecko traci sczasem obawę przed dużym psem, tak samo chory nastawiony spoczątku emotywnie do medycyny, po kilku wizytach patrzy na lekarza już rozumowo i dlatego medycyna przestaje mu już imponować. Uświadomienie ludności i zapoznawanie jej z lecznictwem lub z najnowszemi odkryciami, (które po pewnym czasie okazują się bezwartościowemi), prowadzi również do lekceważenia medycyny.

W tej dziedzinie najwięcej pracują na niekorzyść lecznictwa lekarze-dziennikarze i propaganda przemysłu farmaceutycznego. Produkcja leków i handel niemi dążą do powiększenia konsumpcji i dlatego jaknajwiększe ich zużycie czyto za pośrednictwem lekarza czyto bez niego jest głównym motywem popularyzatorskiej działalności dużego i małego przemysłu i handlu farmaceutycznego. Lekarz w tym zorganizowanym kapitale odgrywa przeważnie rolę bezwiednego i niepłatnego propagatora jakichś specyfików, nie mając możności przeciwstawić się temu zalewowi papieru reklamowego popartego często niezbitemi dokumentami w postaci krzywych i opinij sławnych lekarzy. Ponadto lekarz nie chce pozbyć się tych gotowych leków ze względu na wymagania chorych i ze względu na ograniczoną pojemność własnego mózgu. Poprostu lekarz nie ma czasu myśleć (ponieważ musi przyswajać sobie ciągle nowe zdobycze z zakresu analitycznej medycyny), ani też nie nauczył się zapisywać recept i dlatego całe lecznictwo a przynajmniej jego kierownicza rola znajduje się w rękach nielekarskich. Należy dążyć do zmiany tych stosunków, a da się to może częściowo zrobić przez ściślejsze złączenie farmacji z medycyną i podporządkowanie strony przemysłowo-handlowej czynnikowi lekarskiemu. Dla wyniku leczniczego nie jest obojętnem czy chory wie czy nie wie, czem i jak jest leczony. Stanowisko lekarskie wymagałoby, ażeby wszystkiego nie wiedział, ponieważ tylko wtedy znajduje się pod bezwzględnym wpływem lekarza, co jest warunkiem psychicznego „pogotowia do zdrowienia“, każda myśl rozumowa przeszkadza temu. Właśnie taki znachorski system leczenia daje jak wiadomo najlepsze wyniki (jakieś zioła indyjskie u nas rosnące, modne specyfiki o ładnej nazwie i opakowaniu i t. p.). Najodpowiedniejszem przeto byłoby leczenie w gabinetach lekarskich lub wydawanie lekarstw przez lekarza tak, by chory czuł, że to lekarz prowadzi całe leczenie, a chory ma współpracować. Ten sposób leczenia był uprawiany w dawnej medycynie i nawet lekarze sami przyrządzali lekarstwa. Zaopatrywanie lekarzy w leki czyto gotowe czyto przygotowane na pewien czas (obecna farmacja nie potrzebuje tych kunsztownych sposobów przyrządzania lekarstw, jakie znane były w średniowieczu, ponieważ znane są trwałe wyciągi i ponadto obecna receptura znacznie się uprościła) nie stwarzałoby dla handlu lekami żadnych trudności, a usprawniłoby lecznictwo przez wyrugowanie czynnika zakłócającego niejednokrotnie normalne leczenie. Pomiędzy lekarza a chorego wkracza bowiem ktoś trzeci, który narusza tak potrzebną dla leczenia psychiczną przewagę lekarza nad chorym. Przeczytanie recepty przez chorego, uwagi lub objaśnienia w aptece wystarczają, by chory zaczął się zastanawiać nad postępowaniem lekarza lub jego metodami leczenia, i chory traci zaufanie, ten najpotężniejszy środek leczniczy. Lekarz musi się zbliżyć do chorego i nie zostawiać go samego z receptą w ręku, ponieważ zacznie się leczyć sam albo też u nielekarzy. Hasłem medycyny praktycznej powinno być „frontem do lecznictwa“.

W jaki sposób możnaby tłumaczyć działanie różnych środków leczniczych, wyrażając się syntetycznie a nie analitycznie. Otóż tak jak fizyk określa stan jakiegoś ciała przez podanie trzech własności, t. j. ruchu, masy i energji, tak samo w organizmie żywym można stwierdzić: czynność, materję i energję. Te trzy własności ciała martwego fizyka potrafiła uzależnić od siebie i ująć w pewne formułki matematyczne, zjawiska biologiczne są bardziej skomplikowane, ale te trzy podstawowe własności organizmu też są zależne od siebie, chociaż nie znamy tego dokładnie. Wszystkie środki lecznicze możnaby więc podzielić na: 1) wpływające głównie na czynność czyli pobudzające lub hamujące czynność narządów; 2) wpływające na przemianę materji i wymianę w tkankach i 3) wpływające głównie na energję organizmu.

Do pierwszej grupy można zaliczyć znane środki farmakologiczne, których działanie na narządy można wykazać badaniem eksperymentalnem na zwierzętach. Wiemy o ich dynamicznem działaniu, gdzie jest ich miejsce zadziałania, jeżeli nie zawsze całkiem pewnie, to w każdym razie możemy mówić o tem, że one wpływają na czynność jakiegoś ośrodka, narządu lub układu pobudzająco lub hamująco.

Druga grupa to są środki działające na przemianę materji w najszerszem znaczeniu i w ten sposób zmieniające powoli czynność narządów. Są to środki dietetyczne, witaminy, niektóre hormony, sole i ciężkie metale i t. p. Badanie tej grupy opiera się na metodach chemicznych. Mechanizm działania tych środków może być poznawany w długotrwałych doświadczeniach na zwierzętach, ale ponieważ przemiana materji u różnych zwierząt nie przebiega jednakowo, przeto wyników takich badań nie można zawsze przenosić do lecznictwa bez zastrzeżeń. Rozstrzyga zawsze wynik leczniczy i dlatego doświadczenie lekarza praktycznego jest decydujące przy stosowaniu takich środków.

Trzecia grupa są to środki oddawna znane i stosowane na podstawie empirji, któremi dopiero niedawno zaczęła się zajmować naukowa medycyna. Obecnie środki z tej grupy są najczęściej stosowane. Taką terapję nazywamy też potęgowaniem sił obronnych organizmu, a zaczęła się ona od czasu odkrycia drobnoustrojów i poznania zjawisk odpornościowych, anafilaktycznych i alergicznych. Coraz to częściej posługujemy się w medycynie terminologją bojową: siły obronne, walka z wrogami i t. p., nie

tłumaczy to jednak zjawisk zachodzących w organizmie. Zdaje się, ten wojenny sposób ujmowania zjawisk przyrodniczych datuje się od czasów Darwina, który swą teorją walki o byt usankcjonował w nauce te wyrażenia. Do medycyny najwięcej wojowniczego ducha wniosła bakterjologja, bo nietylko wprowadziła niewidzialnych wrogów, ale obdarzyła nas policją (ciałka białe) i innemi urządzeniami, które nas chronią. Widocznie trafia to do naszego przekonania (widać, jak w gruncie rzeczy jesteśmy bojowo nastawieni). Ale zjawiają się także i pacyfiści, którzy chcą zgody z tymi wrogami i mówią, że niekoniecznie musi być walka na śmierć i życie, tylko że między drobnoustrojem a organizmem może powstać współżycie, co nawet na korzyść wychodzi organizmowi. Mówią oni, że organizm posiada odporność śródzakaźną. Przypuszczam, że zjawiska w przyrodzie nie polegają na walce, a jeśli już chcemy tłumaczyć to antropomorficznie walką, to może byłoby bardziej wskazane wzmacniać się, czyli zwiększać odporność organizmu, jak niszczyć tego wroga.

Środki należące do tej grupy działają na układ koloidalny, na ten stan życiowy organizmu, wyzwalając energję życiową. Jaki jest ich dokładniejszy mechanizm działania, tego nie wiemy. Czy będziemy to tłumaczyli działaniem bodźcowem (aktywacją protoplazmy komórkowej), czy jakimś wstrząsem lub zaburzeniem układu koloidów w sokach (we krwi), zawsze to będzie jakaś mniejsza albo większa rewolucja w całym organizmie, wyzwolenie jakiejś energji tkwiącej w tej materji. I może nie wyda się to dziwnem, że takie gwałtowne metody porwania chorego organizmu do wielkiego czynu, do wyzdrowienia, zastosowano na szerszą skalę właśnie w czasie wojny (proteinoterapja), kiedy wstrząs przechodził nietylko pojedyńczy osobnik ale całe państwa. W tej metodzie leczenia mamy gwałtowny sposób pobudzania organizmu, ale tu nie możemy się oprzeć ani na badaniach na zwierzętach ani też na obserwacjach u zdrowych ludzi. Tu wynik działania zależy tylko od chorego i tylko doświadczenie lekarza wskazuje drogi odpowiedniego postępowania. Do tej grupy można zaliczyć wszystkie surowice swoiste czy nieswoiste, szczepionki i inne produkty bakteryjne, przetwory białkowe, preparaty koloidowe mineralne, upusty krwi, bańki, cała fizjoterapja z wodą, słońcem, kąpielami, promieniami, zastrzyki dożylne stężonych roztworów soli, cukru i wiele innych. Rozumie się, każdy z tych środków może w mniejszym lub większym stopniu wpływać na czynność narządów i ich przemianę materji.

Jakiekolwiek będą teorje i tłumaczenia w medycynie, nie powinien lekarz zapominać o dwóch rzeczach: 1) *non nocere* i 2) leczyć czyli zająć czynną postawę wobec chorego. Lekarz, który tylko bada i obserwuje, nie jest lekarzem, ale przyrodnikiem.

Streszczam się i odpowiadam na pytanie, jaki ma być kierunek medycyny: Minął już okres składania cegiełek i gromadzenia faktów w różnych dziedzinach, obecną medycynę prowadzi nie lekarz-szperacz, ale lekarze-myśliciele ogarniający szerokim rzutem najgłębsze tajniki życia, tworzący syntezę wiedzy lekarskiej. Dla lekarza praktyka oznacza to odwrót od naukowej analizy choroby (rozpoznawania i specjalizacji) i powrót do syntetycznej diagnozy a przedewszystkiem do lecznictwa.

PRACE ORYGINALNE.

A. HARASIMOWICZ i B. JAŁOWY. Lwów.

Odczyn leukocytarny Gouin'a w krwi kiłowych.

Z Kliniki Dermatologicznej Uniw. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Jan Lenartowicz.

W roku 1929 Gouin, Bienvenue, Daulas i Peres ogłosili swoje spostrzeżenia o charakterystycznej dla kiły leukocytoreakcji, t. j. zwiększania się ilości ciałek białych we krwi, po wstrzyknięciu krwi własnej chorego lub obcej, albo po podaniu dożylnem lub domięśniowem rozpuszczalnych leków przeciwkiłowych. Autorowie ci stwierdzili, że po wstrzyknięciu własnej lub obcej krwi występuje u chorych na kiłę po dwóch godzinach najwybitniejsze zwiększenie się ilości ciałek białych, u niekiłowych zaś zmniejszenie. Podobnie zachowuje się leukocytoza po wstrzyknięciu rozpuszczalnych leków przeciwkiłowych. Obraz jakościowy ciałek białych nie wykazuje żadnych zmian.

Spostrzeżenia Gouin'a i współpracowników nad zachowaniem się ilości ciałek białych u osobników kiłowych, po podaniu środków, zwłaszcza przeciwkiłowych, są znane w piśmiennictwie, gdyż już kilka lat przedtem zwracano niejednokrotnie uwagę na leukocytozę lub leukopenję występującą po wstrzykiwaniu leków przeciwkiłowych.

Zwiększenie się ilości ciałek białych po podaniu środków przeciwkiłowych stwierdzili Clodi i Matuschka, Marcozzi, Tüdös i Kiss. Tüdös i Kiss wykazali zarówno u dzieci kiłowych jakoteż u zdrowych hiperleukocytozę po wstrzykiwaniach bizmutu.

Saragea i Prunis otrzymywali po wstrzyknięciu cyjanku rtęci początkową leukopenię z następową hiperleukocytozą.

Podobny do reakcji Gouin'a jest odczyn podany przez D'Amato nazwany przez niego wstrząsem leukopenicznym *(crise leucopenique)*. Po wstrzyknięciu leków przeciwkiłowych u chorych kiłowych występuje leukopenja po upływie około 20 minut po zabiegu. To zmniejszenie się ilości ciałek białych utrzymuje się stosunkowo krótki okres czasu, bo po upływie mniejwięcej dwóch godzin ilość ciałek białych zwiększa się wyraźnie, dając hiperleukocytozę. Różnica więc między odczynem D'Amato a odczynem Gouin'a zależy jedynie od czasu oznaczania ilości ciałek białych.

Podobne wyniki jak Gouin uzyskał również Blasio, który badał ilości ciałek białych po podaniu leków przeciwkiłowych. Blasio oznaczał ilość ciałek białych co pięć minut do jednej godziny, a po upływie godziny, co pół godziny, stwierdzając, że w pół godziny po zastosowaniu środka przeciwkiłowego występuje we krwi leukopenja, która następnie wyrównuje się przechodząc po dwóch godzinach w najwyraźniejszą hiperleukocytozę.

Z polskich autorów odczynem Gouin'a zajmowali się Świątkiewicz M. jun. oraz S. Hirschberg.

Świątkiewicz na podstawie swoich spostrzeżeń doszedł do wniosku, że odczyn leukocytarny nie przedstawia wartości rozpoznawczej w kile, może mieć natomiast znaczenie jako badanie dające pewne podstawy do rokowania. Zwiększenie się ilości ciałek białych u kiłowych, po zastosowaniu leku przeciwkiłowego tłumaczy on działaniem bodźcowem ogólnem, objawiającem się między innemi hiperleukocytozą.

Hirschberg określa również odczyn Gouin'a jakoteż odczyn D'Amato jako nieswoisty, wobec czego jego zdaniem nie mogą być odczyny te w szerszym zakresie użyte do celów rozpoznawczych, a już w żadnym wypadku odczynu Wassermanna zastąpić nie mogą.

Charakterystycznem jest, że Gouin i współpracownicy badań swoich nad odczynem leukocytarnym nie ukończyli, ogłaszając dalsze spostrzeżenia. Podkreślają konieczność badania wszystkich leków przeciwkiłowych, by móc z całą pewnością stwierdzić wartość leukocytoreakcji. Zdaniem Gouin'a nie powinno zaczynać się leczenia swoistego tym lekiem przeciwkiłowym, który dał reakcję ujemną. Kierować się należy w leczeniu swoistem nie wynikiem badania serologicznego, ale zachowaniem się leukocytoreakcji. Leukocytoreakcja według tych autorów ma być odczynem czulszym od odczynu Wassermanna, gdyż wypada dodatnio, także w przypadkach kiły, w których odczyn serologiczny jest ujemny.

Ostatnio Gouin i wspópracownicy podali wyniki badań nad leukocytoreakcją po wstrzykiwaniu soli złota w gruźlicy utrzymując, że reakcja dodatnia ma w wypadkach wątpliwych rozstrzygać o istocie schorzenia, pozwalając na rozpoznanie, jak się wyrażają, *„d'un terrain tuberculeux"*.

Przedmiotem naszych badań było skontrolowanie na materjale własnym spostrzeżeń Gouin'a co do podanej przez niego leukocytoreakcji w kile (uwzględniając możliwie dokładnie uwagi ostatnio przez niego podane). W badaniach naszych stosowaliśmy jedynie rozpuszczalne leki przeciwkiłowe, a dla kontroli podawaliśmy dożylnie lub domięśniowo roztwór fizjologiczny soli kuchennej (w 6 przypadkach). Wstrzykiwaliśmy po 3 cm^3 roztworu fizjologicznego domięśniowo, a po 5 cm^3 dożylnie. Z leków przeciwkiłowych stosowaliśmy nowarsenobenzol Billon'a w dawkach 0.15, 0,30, *acetylarsan* po 3 cm^3 oraz *bismuthyl* 10% Klawego, *bismogenol* 10% Tossego, *casbis* Bayer'a po 1,50—2 cm^3 i *airol* 12% „Roche" po 2 cm^3.

Stosownie do uwag Gouin'a, badaliśmy jedynie takich chorych na kiłę, u których przez przeciąg conajmniej trzech tygodni nie stosowano żadnych leków przeciwkiłowych. Chorych badaliśmy naczczo.

Znacznie jednak ważniejszem jest, by badani nie wykonywali żadnych wysiłków fizycznych ani przed ani po wstrzykiwaniach. Najlepiej, jeżeli badany pozostaje w łóżku od wieczoru poprzedzającego badanie i jeżeli wstrzykiwanie środka przeciwkiłowego oraz pobranie krwi wykonuje się u chorego leżącego w łóżku. Do obliczania ilości ciałek białych używaliśmy stolika Thoma-Zeissa, oraz Bürkera. Ilość ciałek białych oznaczaliśmy raz przed wstrzyknięciem, oraz dwukrotnie po podaniu środka przeciwkiłowego, po raz pierwszy po upływie 30 minut, po raz drugi po 2 godzinach. W znacznej części przypadków badanych, a we wszystkich przypadkach kiły pierwszo- i drugorzędnej, badano

także obraz jakościowy krwi według Schillinga, przed i po podaniu środka przeciwkiłowego. U chorych gorączkujących oraz u kobiet w czasie miesiączkowania prób nie wykonywaliśmy. Za dodatnie wyniki uważaliśmy w myśl wskazówek Gouin'a te, w których po zastosowaniu środka przeciwkiłowego ilość ciałek białych zwiększyła się conajmniej o 1000 w porównaniu z oznaczeniem wykonanem przed wstrzyknięciem leku, za ujemne zaś te, w których ilość ciałek białych po wstrzyknięciu zmniejszyła się conajmniej o 1000 ciałek. Te znów przypadki, w których różnice przed i po podaniu leku przeciwkiłowego nie wykazywały zwiększenia się lub zmniejszenia ilości ciałek białych o 1000, oznaczaliśmy jako obojętne znakiem ±. Jeżeli w przypadku badanym po zastosowaniu jakiegoś środka przeciwkiłowego otrzymamy leukocytoreakcję ujemną, to wówczas według wskazówek Gouin'a należy zbadać u tego samego chorego wpływ innych leków, pod tym bowiem względem mogą zachodzić znaczne różnice osobnicze, zależnie od leku. Na naszym materjale nie mogliśmy często badać u tego samego chorego wpływu kilku środków przeciwkiłowych, uwzględniając wspomniane już przerwy trzytygodniowe, gdyż ze względu na dobro chorych nie mogliśmy przerywać leczenia swoistego na taki okres czasu.

Zbadaliśmy na odczyn leukocytarny 90 chorych w różnych okresach kiły; 30 chorych, u których klinicznie i serologicznie nie stwierdzono kiły, służyło nam za materjał dla kontroli. Wszystkie przypadki zbadano serologicznie w celu wykazania zgodności odczynu leukocytarnego z odczynem serologicznym.

Poniżej podajemy tablice, w których zestawiliśmy wyniki naszych badań, grupując je według poszczególnych okresów kiły.

Jak widzimy w tablicy I zamieszczonego zestawienia, w kile wrodzonej leukocytoreakcja u wszystkich chorych wypadła dodatnio. Zaznaczyć należy, że w tej grupie przypadków uzyskaliśmy wyniki dodatnie już po zastosowaniu pierwszego leku przeciwkiłowego, t. zn. że w żadnym przypadku nie otrzymaliśmy, pierwszy raz badając, wyniku ujemnego. Zwiększenie ilości ciałek białych w 6 przypadkach wynosiło ponad 2000 ciałek. W żadnym przypadku nie stwierdziliśmy zmian w obrazie jakościowym krwi.

Tablica II wskazuje, że w grupie kiły pierwszorzędnej na ogólną ilość 25 przypadków w 20 t. j. w 80% otrzymaliśmy leukocytoreakcję dodatnią, w 4 t. j. 16% leukocytoreakcję obojętną, w 1 przypadku t. j. w 4% ujemną. Wśród 20 przypadków z leukocytoreakcją dodatnią w 3 (przyp. 11, 20, 21) po pierwszem wstrzyknięciu wykazaliśmy po dwóch godzinach zmniejszenie się ilości ciałek białych; u chorych tych badanych po przerwie trzytygodniowej po raz drugi innym lekiem przeciwkiłowym stwierdzono leukocytoreakcję dodatnią. W tej też grupie przypadków otrzymaliśmy przeważnie duże różnice przekraczające znacznie 2000 ciałek białych. Zwrócić jednak należy uwagę na fakt, że w przypadkach, w których zwiększenie ilości ciałek białych przekraczało (przypadek 8, 19) nieznacznie liczbę 1000 ciałek białych, te mieszczą się blisko przypuszczalnego błędu w obliczeniu i praktycznie mają mniejsze znaczenie. Co się tyczy obrazu krwi, to tylko w 3 przypadkach wykazaliśmy przesunięcie w kierunku na lewo, t. j. zwiększenie się ilości młodych form pałeczkowych.

U 11 chorych z kiłą drugorzędną (tablica III) w 7 przypadkach t. j. 63.5% wypadła leukocytoreakcja dodatnio, w 3 przypadkach t. j. 27.5% ujemnie, a w jednym przypadku t. j. 9% obojętnie. Wszystkich chorych badano po zastosowaniu jednego tylko leku przeciwkiłowego, gdyż jak już wspomnieliśmy, ze względu na dobro chorych nie mogliśmy przerywać leczenia na przeciąg 3 tygodni. We wszystkich przypadkach dodatnich zwiększenie się ilości ciałek białych wynosiło ponad 1500 ciałek. Obraz krwi tylko w jednym przypadku wykazał wyraźne przesunięcie w kierunku na lewo.

W kile trzeciorzędnej (tablica IV) na 5 przypadków badanych u 3 wykazano leukocytoreakcję dodatnią, u 1 leukocytoreakcja wypadła dwukrotnie ujemnie, a u 1 chorego otrzymaliśmy reakcję obojętną.

Najliczniejszą grupę naszych spostrzeżeń stanowiły przypadki kiły utajonej (tablica V). Wykonaliśmy leukocytoreakcję u 42 chorych, otrzymując u 20 t. j. w 47.6%, leukocytoreakcję dodatnią, u 19 chorych t. j. 45.2% reakcję ujemną, u 3 chorych t. j. 7.2% reakcję obojętną. (W zestawieniu procentowem uwzględniono wynik ostatniego badania). Nie u wszystkich chorych, u których stwierdziliśmy reakcje ujemne lub obojętne, mogliśmy badania powtórzyć, stosując inny lek przeciwkiłowy. Wykonaliśmy to tylko u 14 chorych, u których po pierwszem i drugiem badaniu uzyskaliśmy reakcje bądźto ujemne bądźto obojętne. Z przypadków tych celem niepowiększania rozmiarów zestawienia podajemy tylko wynik trzeciego oznaczenia. (Przypadki badane trzykrotnie mają tłusty numer porządkowy). Z ogólnej liczby chorych badanych więcej niż jeden raz, u dwóch po drugiem oznaczeniu otrzymaliśmy leukocytoreakcję dodatnią (przyp. *2*, *6*). Z pozostałych 12 przypadków u 11 przyp. (*7*, *8*, *17*, *19*, *20*, *24*, *25*, *32*, *34*, *40*, *42*), po trzykrotnem badaniu leukocytoreakcja wypadała ujemnie, a w jednym przypadku (przyp. Nr. 11) trzykrotnie obojętnie. Jak widzimy z tabeli, nie stwierdzaliśmy zgodności między odczynem Wassermanna a reakcją leukocytarną, zdarzało się bowiem niejednokrotnie, że odczyn Wassermanna wypadał dodatnio, a leukocytoreakcja ujemnie lub odwrotnie.

Z 6 przypadków chorych kiłowych, u których podawaliśmy roztwór fizjologiczny dożylnie i domięśniowo, nie wykazaliśmy większych różnic w porównaniu z oznaczaniem przed zastrzykiem. Ilości ciałek białych wahały się przeważnie w granicach do 1000 ciałek. U jednego tylko chorego po wstrzyknięciu dożylnem 5 cm³ roztworu fizjologicznego wypadła leukocytoreakcja dodatnio (+ 2500 ciałek).

W przypadkach kontrolnych (tablica VI) wyniki uzyskane różnią się wybitnie od wyników Gouin'a. Na ogólną liczbę 30 przypadków kontrolnych, leukocytoreakcję ujemną wykazano w 8 przypadkach t. j. w 30%, leukocytoreakcję dodatnią w 4 przypadkach t. j. 13.4%, zaś reakcję obojętną w 18 przypadkach t. j. w 56.6%.

Zbierając nasze spostrzeżenia musimy podkreślić, że największe różnice między wynikami naszemi a wynikami Gouin'a zachodzą w przypadkach kontrolnych, a więc u osób niekiłowych. Gouin bowiem w przypadkach kontrolnych po zastosowaniu leku przeciwkiłowego wykazywał stale spadek ciałek białych ponad 1000, my zaś w tych przypadkach stwierdzaliśmy przeważnie wyniki obojętne obok pewnej ilości wyników dodatnich lub ujemnych. U chorych z kiłą utajoną obok dużej ilości dodatnich uzyskaliśmy niemal równie liczne wyniki ujemne (na ogólną ilość 42 przyp. 19 —, 20 +). Największy procent wyników dodatnich uzyskaliśmy w kile wrodzonej, w kile pierwszo- i drugorzędnej.

Na podstawie naszych spostrzeżeń dochodzimy do wniosku, że odczyn leukocytarny Gouin'a może mieć niewątpliwie pewne znaczenie w diagnostyce kiły, jednak stuprocentowej wartości, jak twierdzi Gouin, przyznać mu nie można. Najbardziej charakterystycznym jest fakt, że w przypadkach kontrolnych, otrzymując wyniki obojętne obracamy się w sferze bliskiej dużego błędu doświadczalnego. Przeoczenie bowiem 2—3 ciałek białych powoduje błąd w obliczeniu ogólnej ilości ciałek białych według wzoru:

$$\text{Ilość ciałek białych w 1 mm}^3 = \frac{\text{Ilość c. b. oblicz.} \times 4000 \times 20}{256.}$$

sięgający cyfry 624—936 ciałek białych. Jasnem więc jest, że odczyn ten wymaga dużej dokładności wykonania i obliczania, by móc uniknąć błędów. Jeżeli uwzględnimy ponadto, że ilości ciałek białych we krwi są w warunkach fizjologicznych zmienne i zależne od rozmaitych czynników, to zrozumiemy na jak chwiejnych podstawach opiera się wartość swoista odczynu Gouin'a. Nie da się jednak zaprzeczyć, że odczyn leukocytarny zwłaszcza w kile pierwszo- oraz drugorzędnej, szczególnie wówczas gdy uzyskamy wyniki dodatnie w granicach ponad 2000 ciałek białych albo i wyższe, może mieć znaczenie rozpoznawcze i to głównie wtedy, gdy reakcje serologiczne wypadają ujemnie. Zaznaczyć jeszcze należy, że mimo uwag Gouin'a stosowaliśmy i te leki przeciwkiłowe, które dawały nam reakcję leukocytarną ujemną i mimo że one nie powinny działać wg. Gouin'a skutecznie w kile, otrzymywaliśmy wyniki lecznicze równie dobre jak po stosowaniu środków przeciwkiłowych, dających u innych chorych leukocytoreakcję dodatnią. Widzimy więc, że reakcja leukocytarna Gouina nie daje żadnych pewnych wskazań dla użycia tych lub owych leków przeciwkiłowych.

Zarówno zapatrywania na znaczenie leukocytoreakcji Gouin'a w kile, jak również i poglądy na mechanizm powstawania hiperleukocytozy nie są dotychczas zgodne. D'Amato oraz Blasio tłumaczą hiperleukocytozę wstrząsem hemoklazycznym, Clodi i Matuschka uważają hiperleukocytozę kiłowych po injekcji środka przeciwkiłowego za następstwo pewnego rodzaju gotowości organizmu do zwiększenia ilości ciałek białych. W rozważaniach nad mechanizmem powstawania odczynu leukocytarnego należy uwzględnić również czynnik uszkodzenia naskórka przy injekcji domięśniowej lub dożylnej. Bramann i Hahn stwierdzili u niektórych chorych leukopenię po samem ukłuciu skóry. W naszych doświadczeniach, w których wstrzykiwaliśmy roztwór fizjologiczny soli dożylnie lub domięśniowo, nie stwierdziliśmy większych zmian w ilości ciałek bałych, otrzymywaliśmy bowiem wyniki obojętne t. j. różnice wahające się w granicach niedochodzących do 1000 ciałek. W przypadkach, w których samo ukłucie skóry wpływa na ilość ciałek białych we krwi, należy uwzględnić, jak wiadomo, stan układu wegetatywnego, a ponadto uraz psychiczny połączony z samym zabiegiem. Gouin i jego współpracownicy skłaniają się również do przyjęcia wstrząsu he-

Tablica I.
(Lues congenita).

Nr.	WaR.	Rodzaj leku dawka	Ilość ciałek białych przed	po 30'	po 2 h.	Obraz krwi wg Schilling	Leukr.	Różnica ilościowa
1.	+++	*Airol* 2 cm^3	10625	10000	12500	b. z.	+	+ 1875
2.	++++	*Bismuthyl* 2 cm^3	10312	11250	13750	n. b.	+	+ 3438
3.	++	*Acetylarsan* 3 cm^3	10937	10000	13750	n. b.	+	+ 2813
4.	++++	*Novar.* 0.30	10000	11562	14062	b. z.	+	+ 4062
5.	+++	*Bismuthyl* 1.5 cm^3	8750	9062	10937	b. z.	+	+ 2187
6.	—	*Bismuthyl* 1.5 cm^3	12812	15312	17180	b. z.	+	+ 4368
7.	+++	*Bismogenol* 1.5 cm^3	11875	13330	16250	b. z.	+	+ 4375

Tablica II.
(Lues I).

Nr.	WaR.	Rodzaj leku dawka	Ilość ciałek białych przed	po 30'	po 2 h.	Obraz krwi wg. Schilling	Leukr.	Różnica ilościowa
1.	+++	*Novar.* 0.45	7812	9375	13125	Zwiększenie form pałecz. o 11%	+	+ 5315
2.	—	*Novar.* 0.30	8437	7500	10312	Zwiększenie form pałecz. o 7%	+	+ 1875
3.	++++	*Bismuthyl* 2 cm^3	9375	11875	13125	b. z.	+	+ 3750
4.	+++	*Bismuthyl* 2 cm^3	7500	8125	13330	b. z.	+	+ 5830
5.	+++	*Bismuthyl* 2 cm^3	7187	9375	10312	b. z.	+	+ 3125
6.	+++	*Airol* 2 cm^3	7812	14687	12500	Zwiększenie form pałecz. o 5%	+	+ 4688
7.	++	*Bismogenol* 2 cm^3	10312	10000	10312	b. z.	±	0
8.	+++	*Novar.* 0.30	6250	6875	7500	b. z.	+	+ 1250
9.	—	*Novar.* 0.15	6875	6250	7187	b. z.	±	+ 312
10.	+++	*Bismuthyl* 2 cm^3	5937	5625	5312	b. z.	±	— 625
11.	+++	*Bismuthyl* 2 cm^3	10937	10000	9375	z. z.	—	— 1562
	+++	*Novar.* 0.15	11250	11250	13330	b. z.	+	+ 2080
12.	+++	*Novar.* 0.15	10312	10937	14062	b. z.	+	+ 3750
13.	+++	*Bismuthyl* 2 cm^3	7187	9375	11562	b. z.	+	+ 4375
14.	+++	*Bismuthyl* 2 cm^3	15312	14375	16875	b. z.	+	+ 1563
15.	+++	*Novar.* 0.30	7812	9062	10625	b. z.	+	+ 2813
16.	+++	*Bismuthyl* 1.5 cm^3	10312	12187	15312	b. z.	+	+ 5000
17.	+++	*Novar.* 0.30	10625	13125	15937	b. z.	+	+ 5312
18.	+++	*Bismuthyl* 1.5 cm^3	10000	8437	8124	b. z.	—	— 1876
19.	+++	*Novar.* 0.30	8437	8750	9687	b. z.	+	+ 1250
20.	+++	*Airol* 1.5 cm^3	11250	9375	9687	b. z.	—	— 1563
	+++	*Novar.* 0.15	8437	9687	10625	b. z.	+	+ 2188
21.	+++	*Bismuthyl* 2 cm^3	8124	7500	6875	b. z.	—	— 1249
	+++	*Bismuthyl* 2 cm^3	10937	10000	12812	b. z.	+	+ 1875
22.	+++	*Casbis* 1.5 cm^3	10312	11562	13750	b. z.	+	+ 3438
23.	++	*Bismogenol* 1.5 cm^3	7187	8750	11562	b. z.	+	+ 4375
24.	+++	*Novar.* 0.15	8437	8124	8750	b. z.	±	+ 313
25.	+++	*Airol* 1.5 cm^3	10312	10625	12500	b. z.	+	+ 2188

Tablica III.
(Lues II).

Nr.	WaR.	Rodzaj leku dawka	Ilość ciałek białych przed	po 30'	po 2 h.	Obraz krwi wg. Schilling	Leukr.	Różnica ilościowa
1.	++++	*Bismuthyl* 1.5 cm^3	7500	8750	12812	Wybitne zwiększenie form pałecz.	+	+ 5312
2.	+++	*Casbis* 1.5 cm^3	8750	9375	11250	b. z.	+	+ 2500
3.	++++	*Bismogenol* 1.5 cm^3	14375	15000	13330	b. z.	—	— 1045
4.	+++	*Novar.* 0.30	7187	8125	11562	b. z.	+	+ 4375
5.	+++	*Novar.* 0.30	11875	11250	14375	b. z.	+	+ 2500
6.	+++	*Airol* 2 cm^3	15000	15937	18125	b. z.	+	+ 3125
7.	+++	*Bismuthyl* 2 cm^3	13125	14062	16875	b. z.	+	+ 3750
8.	+++	*Novar.* 0.30	7812	8437	9687	b. z.	+	+ 1875
9.	+++	*Novar.* 0.30	8437	8125	7500	b. z.	±	— 937
10.	+++	*Bismuthyl* 1.5 cm	10000	10625	8437	b. z.	—	— 1563
11.	+++	*Novar.* 0.30	9062	8125	6875	b. z.	—	— 2187

Tablica IV.
(Lues III).

Nr.	WaR.	Rodzaj leku dawka	Ilość ciałek białych przed	po 30'	po 2 h.	Obraz krwi wg. Schilling	Leukr.	Różnica ilościowa
1.	+++	*Bismuthyl* 2 cm^3	12500	11875	12187	b. z.	±	— 313
2.	+++	*Bismogenol* 1.5 cm^3	7500	8437	10000	n. b.	+	+ 2500
3.	++++	*Airol* 2 cm^3	10937	9687	8124	n. b.	—	— 2813
	+++	*Novar.* 0.15	9375	9687	7812	b. z.	—	— 1563
4.	+++	*Bismuthyl* 2 cm^3	8124	10312	12500	b. z.	+	+ 4376
5.	+++	*Novar.* 0.30	7187	8750	10312	b. z.	+	+ 3125

Tablica V.
(Lues latens).

Nr.	WaR	Rodzaj leku dawka	Ilość ciałek białych przed	po 30'	po 2 h.	Obraz krwi wg. Schilling	Leukr.	Różnica ilościowa
1.	—	*Airol* 2 cm³	5312	7500	8750	b. z.	+	+ 3438
2.	—	*Bismuthyl* 1.5 cm³	12500	11875	13750	b. z.	+	+ 1250
3.	—	*Airol* 2 cm³	8124	9062	10000	n. b.	+	+ 1876
4.	—	*Casbis* 2 cm³	8125	7187	8437	n. b.	±	+ 312
5.	—	*Novar.* 0.30	10312	12187	16250	b. z.	+	+ 5938
6.	—	*Novar.* 0.15	7187	8437	10000	n. b.	+	+ 2813
7.	—	*Bismuthyl* 2 cm³	10937	10312	9687	b. z.	—	— 1250
8.	++	*Bismuthyl* 1.5 cm³	9375	8750	7812	n. b.	—	— 1563
9.	—	*Novar.* 0.30	7187	7812	9062	b. z.	+	+ 1875
10.	—	*Bismuthyl* 1.5 cm³	10625	10937	11875	b. z.	+	+ 1250
11.	—	*Novar.* 0.30	8437	7500	8750	b. z.	±	+ 313
12.	—	*Bismogenol* 1.5 cm³	11562	12500	14375	n. b.	+	+ 2813
13.	—	*Novar.* 0.15	11250	10312	11875	n. b.	±	+ 625
14.	+++	*Novar.* 0.15	11250	10625	10312	n. b.	±	— 938
15.	—	*Bismuthyl.* 1.5 cm³	6875	7812	9375	b. z.	+	+ 2500
16.	—	*Bismuthyl* 2 cm³	8437	9687	12812	n. b.	+	+ 4375
17.	++	*Novar.* 0.15	10625	9375	7812	b. z.	—	— 2813
18.	—	*Bismuthyl* 1.5 cm³	7500	6875	5625	n. b.	—	— 1875
19.	—	*Novar.* 0.15	7812	6250	5937	n. b.	—	— 1875
20.	—	*Bismuthyl* 2 cm³	9375	8437	6875	n. b.	—	— 2500
21.	+++	*Airol* 2 cm³	9062	8750	7812	n. b.	—	— 1250
22.	—	*Bismuthyl* 2 cm³	10625	10937	12500	b. z.	+	+ 1875
23.	—	*Novar.* 0.15	8124	8750	9687	b. z.	+	+ 1563
24.	—	*Novar.* 0.30	7500	7187	6250	b. z.	—	— 1250
25.	—	*Novar.* 0.15	8437	7500	6562	n. b.	—	— 1875
26.	++	*Bismuthyl* 1.5 cm³	11562	12187	13330	b. z.	+	+ 1768
27.	—	*Bismuthyl* 1.5 cm³	11875	10312	8437	n. b.	—	— 3438
28.	+++	*Novar.* 0.30	8124	8750	10000	n. b.	+	+ 1876
29.	—	*Novar.* 0.30	12500	13330	17500	n. b.	+	+ 5000
30.	+++	*Airol* 2 cm³	11250	11875	13750	n. b.	+	+ 2500
31.	+++	*Casbis* 2 cm³	12812	13125	15000	b. z.	+	+ 2188
32.	—	*Novar.* 0.30	9687	8750	8125	b. z.	—	— 1562
33.	—	*Novar.* 0.30	10312	9687	8437	b. z.	—	— 1875
34.	—	*Novar.* 0.30	13750	12500	10937	b. z.	—	— 2813
35.	—	*Bismuthyl* 1.5 cm³	12187	11562	10625	n. b.	—	— 1562
36.	—	*Bismuthyl* 2 cm³	11250	10625	9062	n. b.	—	— 2188
37.	—	*Novar.* 0.15	12187	10000	9375	n. b.	—	— 2812
38.	—	*Novar.* 0.30	13300	12500	11250	n. b.	—	— 2050
39.	—	*Bismuthyl* 2 cm³	12187	10937	9687	b. z.	—	— 2500
40.	++	*Casbis* 2 cm³	10312	9687	8750	b. z.	—	— 1562
41.	+++	*Airol* 2 cm³	10625	9062	7812	n. b.	—	— 2813
42.	+++	*Novar.* 0.15	8750	9687	7187	n. b.	—	— 1563

Tablica VI.
(Przypadki kontrolne).

Nr.	Rozpoznanie	WaR.	Rodzaj leku dawka	Ilość ciałek białych przed	po 30'	po 2 h.	Obraz krwi wg. Schilling	Leukr.	Różnica ilościowa
1.	*Lupus vulgaris*	—	*Bismuthyl* 2 cm³	8750	7812	8437	b. z.	±	— 313
2.	*Lupus vulgaris*	—	*Bismuthyl* 2 cm³	11250	9687	7187	b. z.	—	— 4063
3.	*Lupus vulgaris*	—	*Airol* 2 cm³	10625	11250	10625	n. b.	±	0
4.	*Lupus vulgaris*	—	*Airol* 2 cm³	9687	10312	13330	n. b.	+	+ 3643
5.	*Lupus vulgaris*	—	*Casbis* 2 cm³	12812	12187	12500	b. z.	±	— 312
6.	*Lupus vulgaris*	—	*Casbis* 1.50	13125	13330	14062	n. b.	±	+ 937
7.	*Lupus vulgaris*	—	*Novar.* 0.15	13125	13750	12187	n. b.	±	— 938
8.	*Lupus vulgaris*	—	*Novar.* 0.15	12187	11250	9687	n. b.	—	— 2500
9.	*Lupus vulgaris*	—	*Bismuthyl* 1.5 cm³	11875	11250	10312	b. z.	—	— 1563
10.	*Lupus vulgaris*	—	*Bismuthyl* 1.5 cm³	12187	12812	11875	b. z.	±	— 312
11.	*Venerofobia*	—	*Bismogenol* 1.5 cm³	8437	8125	7500	n. b.	±	— 937
12.	*Gon. acut. anter.*	—	*Bismogenol* 1.5 cm³	13750	13125	14062	n. b.	±	+ 312
13.	*Lupus vulgaris*	—	*Novar.* 0.15	12500	11875	10000	n. b.	—	— 2500
14.	*Lupus vulgaris*	—	*Novar.* 0.15	10312	10937	11250	b. z.	±	+ 938
15.	*Lupus vulgaris*	—	*Acetylarsan* 3 cm³	10625	10312	8750	n. b.	—	— 1875
16.	*Lupus vulgaris*	—	*Acetylarsan* 3 cm³	7187	8437	10937	n. b.	+	+ 3750
17.	*Lupus vulgaris*	—	*Airol* 1.5 cm³	8750	10937	15625	n. b.	+	+ 6875
18.	*Pyodermia*	—	*Bismuthyl* 1.5 cm³	11250	12187	8124	n. b.	—	— 3126
19.	*nihil*	—	*Bismuthyl* 1.5 cm³	8124	8437	6875	b. z.	—	— 1249
20.	*Sycosis barbae*	—	*Novar.* 0.15	8437	9062	9687	b. z.	+	+ 1250
21.	*Eccema manus*	—	*Casbis* 2 cm³	8125	8750	8750	n. b.	±	+ 625
22.	*Lupus pernio*	—	*Casbis* 2 cm³	7500	8125	6875	n. b.	±	— 625
23.	*nihil*	—	*Bismogenol* 1.5 cm³	10000	10625	10937	n. b.	±	+ 937
24.	*Scabies*	—	*Novar.* 0.15	11250	11562	11875	b. z.	±	+ 625
25.	*Gon. acut. total.*	—	*Bismogenol* 1.5 cm³	10937	10312	10000	b. z.	±	+ 937
26.	*Impetigo faciei.*	—	*Bismogenol* 1.5 cm³	6875	7500	7187	n. b.	±	+ 312
27.	*Dyshidrosis manuum*	—	*Novar.* 0.30	9062	9375	8437	n. b.	±	— 625
28.	*Gon. acut. anter.*	—	*Acetylarsan* 3 cm³	12812	12187	12812	n. b.	±	0
29.	*Psoriasis vulg.*	—	*Bismuthyl* 1.5 cm³	10625	11250	10937	n. b.	±	+ 312
30.	*Lichen ruber plan.*	—	*Bismogenol* 1.5 cm³	7812	8125	6562	b. z.	—	— 1250

moklazycznego dla wytłumaczenia mechanizmu powstawania hiperleukocytozy.

Zdajemy sobie sprawę z tego, że tłumaczenie tak skomplikowanego zjawiska, jakiem jest hiperleukocytoza po iniekcji środka przeciwkiłowego czy jakiegoś innego, jest trudne. Niemniej jednak zwraca uwagę fakt, iż hiperleukocytozie występującej po upływie jednej lub po dwóch godzinach po injekcji nie towarzyszą żadne większe odchylenia w obrazie jakościowym krwi, co przemawia przeciwko przyjęciu wstrząsu hemoklazycznego jako czynnika wywołującego hiperleukocytozę. Badając obraz jakościowy krwi tak przed jak i po injekcji środka przeciwkiłowego nie wykazaliśmy w przeważnej większości badanych przypadków większych odchyleń od normy (na co zwracali uwagę Gouin oraz badacze późniejsi). Możnaby więc przyjąć, że chorych kiłowych cechuje większa gotowość do opróżnienia na drodze odruchowej rezerwatów krwi, a lek przeciwkiłowy byłby bodźcem wyzwalającym ze śledziony, wątroby, gruczołów limfatycznych lub właściwych narządów krwiotwórczych ciałka białe, które dostając się do krwiobiegu dają wspomnianą hiperleukocytozę.

Piśmiennictwo:

1) Gouin, Bienvenüe, Daulas i Peres: Bull. Soc. franc. de derm. et de syph. December 1929; Gouin, Bienvenüe, Daulas: Soc. franc. de derm. et de syph. Fevrier. 1930; Gouin, Bienvenüe, Daulas: Annales de derm. et de syph. Fevrier. 1930. — 2) Gouin, Bienvenüe, Desaunay, Ezel: Bull. Soc. franc. de derm. et de syph. Novembre. 1933. — 3) D'Amato, Luigi: Rif. Med. 43. 1927; Ref. Zentralblatt f. Haut u. Geschlechtskrankheiten Bd. 27. Str. 830. — 4) Clodi, Matuschka: Arch. f. Dermat. u. Syph. 147. 1924; Ref. Zentralblatt. Bd. 16. Str. 103. — 5) Marcozzi, Aldo: Giorn. di clin. med. 6. 1925; Ref. Zentralblatt. Bd. 19. S. 85. — 6) Tüdős, Kiss: Jahrb. f. Kinderheilk. III. 3. 1926. — 7) Saragea, Prunis: Bull. et mém. de la soc. méd. des hop. de Bucarest. 7. 1925; Ref. Zentralblatt. Bd. 18. Str. 910. — 8) De Blasio: Annales de derm. et de syph. 1930. — 9) Świątkiewicz M. J.: Polska Gazeta Lekarska. Nr. 10. 1931. — 10) Hirschberg S.: Medycyna. Nr. 5. 1932. — 11) Gouin, Bienvenüe, Desaunay, Ezel: Bull. Soc. franc. de derm. et de syph. Janvier. 1934. — 12) Ci sami: Bull. Soc. franc. de derm. et syph. Fevrier. 1934. — 13) Ci sami: Bull. Soc. franc. de derm. et de syph. Mars. 1934. — 14) Hahn, Bramann: Klin. Wochenschr. 20. 1924 r.

Dr. Adolf SCHWARZBART. Kraków.

Tonsillitis chronica jako zagadnienie kliniczne.

Z Oddz. Otolaryngologicznego Szpitala Izraelickiego w Krakowie. Ordynator: Dr. A. Schwarzbart.

Chcąc okazać całokształt zagadnienia klinicznego *tonsillitis chronica*, należy omówić i zestawić ze sobą poszczególne ogniwa tego zagadnienia, gdyż wiedza lekarska o tem cierpieniu jest pojęciem zbiorowem i składa się z szeregu ogniw dość rozmaitych. Ich stopień związku z zasadniczem pytaniem medycyny stosowanej, zmierzającej bezpośrednio do udzielania skutecznej pomocy choremu człowiekowi, jest również bardzo rozmaity. Z każdego z tych ogniw przytoczymy tylko strony najistotniejsze, gdyż wyczerpujące przedstawienie w ramach referatu jest zarówno niemożliwe, jak i zbyteczne.

Zacznijmy od topografji. Gdy odpreparujemy umieszczone między łukami migdałki, znajdziemy tuż pod cienką powięzią loży migdałkowej zwieracz gardła *(musculus constrictor pharyngis superior)*. Poza nim wchodzimy w t. zw. *spatium parapharyngeum*. Tutaj odróżniamy od przodu ku tyłowi trzy warstwy. Najbardziej ku przodowi znajduje się wąska przestrzeń, granicząca bocznie z *musculus pterygoideus internus* i żuchwą. Nieco dalej ku tyłowi, przestrzeń ta pogłębia się. Wśród wiotkiej tkanki łącznej przebiega tu pionowo wyrostek rylcowy z trzema mięśniami: *styloglossus, stylo-hyoideus i stylo-pharyngeus*. Najbardziej ku tyłowi spotykamy duże naczynia t. j. *carotis interna* i *vena iugularis*, jakoteż pnie nerwu X, XI i współczulnego. Przyśrodkowo od tej przestrzeni przechodzi tkanka łączna w powięź przedkręgową *(fascia prae - vertebralis)*. Obie ostatnie warstwy położone są poza żuchwą. Bocznie od nich leży przyusznica, zamknięta powięzią, potem ku zewnątrz *platysma* i skóra.

Naturalną granicą tylną zdrowego migdałka jest błonka szarawa, lekko połyskująca, cienka, którą, utrafiwszy w odpowiednią warstwę, można nawet półtępo preparować. Jest to t. zw. torebka *(capsula tonsillae)*. Przestrzeń między nią, a zwieraczami nazywają klinicyści przestrzenią przymigdałkową. Popod gotyckiem sklepieniem łuków, a ponad górnym biegunem migdałka, znajdziemy zaułek, t. zw. *fossa supratonsillaris*. Pomiędzy migdałkami a łukami znajdują się mniej lub więcej głębokie szczeliny. Powierzchnia migdałka zwrócona do ust, podlega najrozmaitszym odmianom, naogół jednak bywa niezupełnie gładka, raczej lekko wrębiasta.

Gdy przejdziemy do mikroskopji, okaże się, że wspomniana torebka z tkanki łącznej wnika w głąb migdałka licznemi beleczkami. Przeważającą ilościowo częścią składową migdałków jest tkanka limfatyczna. Biorąc ją za punkt wyjścia podziału, rozróżnia Schaffer 1) ograniczone twory, zaopatrzone w naczynia limfatyczne, doprowadzające i odprowadzające jako węzły, czyli gruczoły limfatyczne i 2) t. zw. węzełki limfatyczne obwodowe. Są to twory również ograniczone, do których charakterystyki należy 1) bliskość błony śluzowej, która częściowo je pokrywa i wciska się w nie pod postacią wpukleń czyli uchyłków, 2) brak naczyń limfatycznych doprowadzających. Węzełki limfatyczne obwodowe dzieli Schaffer na pojedyncze i skupione. Te ostatnie złożone są z szeregu pojedynczych. Takim węzełkiem obwodowym skupionym jest migdałek. W głębi każdego z uchyłków znajdować się może ujście przewodu gruczołu śluzowego. W środku każdego pojedynczego węzełka znajdujemy t. zw. ośrodek rozrodczy, a na obwodzie układ szczelin limfatycznych, pozatem wszelkie cechy utkania limfatycznego, jak tkanka siateczkowa i t. d. Uderzającym jest w migdałkach obraz gromadnego przechodzenia limfocytów przeciskających się ku powierzchni do światła jamy ustnej. Wędrówka ta jest często tak obfita, że zaciera obrysy pokrywy nabłonkowej i rozrywa zupełnie łączność poszczególnych komórek nabłonka. Dalej do prawidłowego obrazu należy (według Krainza) obfite utkanie włókien mięsnych głównie pod torebką. Włókna te wnikają wraz z beleczkami tkanki łącznej w głąb i spoczywają na małych zrazikach tkanki tłuszczowej.

Zjawiska histopatologiczne, o ile dotyczą one *tonsillitis chronica*, podzielić można na dwa rodzaje. Jedne mają cechy ogólnie znanych zmian przewlekłych zapalnych i niema potrzeby zatrzymywania się nad niemi. Drugie są ściślej związane z utkaniem migdałka. Należą tu ścięgniste i bliznowate zgrubienia w torebce i układzie beleczkowym, zgrubienie włókien klejodajnych, pomnożenie i porozszerzanie naczyń krwionośnych, obecność licznych przyściennych lub przez ścianę przeciskających się leukocytów, zgrubienie błony wewnętrznej i śródbłonków naczyniowych. Niekiedy naczynia są kłębkowato skręcone, czasem wypełnione skrzepami. Czasem spotykamy obraz zaniku naczyń, a w małych naczyniach *periarteriitis*. Naczynia limfatyczne bywają silnie wypełnione i porozszerzane. Obok komórek eozynochłonnych i komórek plazmatycznych, których zadaniem jest odbudowa i wydalanie produktów rozpadu, opisuje Hoepke osobliwe postacie komórek podłużnowatych, jakby zgniecionych pochodnych komórek okrągłych. Komórki Hoepke'go znajdują się szczególnie wśród bardzo jędrnej tkanki łącznej. W tkance nerwowej spotykamy liczne zmiany w *perineurium*. Mięśnie przedstawiają obraz zapalenia i zwyrodnienia szklistego. Zwyrodnienie szkliste występuje również w utkaniu siateczkowem. Ostatecznie otrzymujemy nieraz obraz zupełnego zatarcia granic między torebką i beleczkami z jednej, a utkaniem limfatycznem z drugiej strony.

Szereg zmian spotykamy również w tkance okołomigdałkowej, zarówno łącznej, jak mięsnej. Choć ściśle mówiąc zmiany te należą do obrazu *paratonsillitis*, posiadają one pewne znaczenie w objawach klinicznej *tonsillitis chronica*.

Zagadnienia fizjologji migdałków rozważano rozmaicie, a na pierwszy plan wysuwają się w ostatnich czasach hipotezy endokrynologiczne. Alfred Kohn odmawia migdałkom wszelkiego znaczenia w tym kierunku, dowodząc następująco: Znane są dwa typy gruczołów dokrewnych: pęcherzykowy, jak tarczyca i nabłonkowy, jak przytarczyca. Ponieważ migdałki nie należą do żadnego z tych typów, przeto są endokrynologicznie bez znaczenia. Twierdzenie takie jest niesłuszne. Z chwilą bowiem, gdy wykażemy jakąkolwiek drogą znaczenie endokrynologiczne migdałków, podział anatomiczny musi się oczywiście do stanu wiedzy przystosować.

Pewne wnioski bywają wysnuwane z omawianego przechodzenia limfocytów. Przechodzeniu temu przypisuje się czynność obronną, lecz twierdzenie to nie wykracza poza ramy domysłu. Rozległe zestawienia amerykańskie, starające się wykazać czynność tę na podstawie częstości i nasilenia płonicy i błonicy zależnie od przerostu, stanu prawidłowego lub braku migdałków, nie dały podstawy do wniosków w żadnym kierunku.

Również myśl o znaczeniu wydalin migdałkowych dla sprawy trawienia pozostaje narazie w dziedzinie przypuszczeń nieudowodnionych.

Istnieje szereg badań, szczególnie Fleischmanna, wykazujący wydalanie ciał odtleniających do ust przez migdałki. Starano się powiązać fakt ten ze znaczeniem endokrynologicznem migdałków. Lecz jasnem jest, że w łańcuchu dowodzenia brak tu jeszcze ogniw łączących.

Pewna grupa fizjologów badała drogą zastrzyków wyciągami czynność narządów t. zw. limfoepiteljalnych, jak np. grasicy i wysnuwała stąd wnioski dotyczące się migdałków, jako narządów wrzekomo podobnie zbudowanych. Tutaj wyniki były bardzo zmienne, zależnie od rodzaju zwierząt doświadczalnych, powtóre wyniki uzyskane na zwierzętach nie dadzą się bynajmniej bez zastrzeżeń wykorzystać do wniosków o człowieku. Po trzecie porównania między grasicą a migdałkiem mocno chromają.

Nitschke wykazał w grasicy, śledzionie, gruczołach limfatycznych obecność składników obniżających poziom wapnia we krwi a nieobecność tych składników w mięśniach. Autor przypisuje to działanie tkance limfatycznej i przeciwstawia tkankę tę tem samem tkance przytarczycy, wpływającej na poziom wapnia przeciwnie; zważywszy zaś utkanie limfatyczne migdałków, przyjmuje autor drogą okrężnego wnioskowania działanie odwrotne migdałków w stosunku do przytarczycy. Każdy nieuprzedzony oceni powyższe dowodzenie jako sztuczne. Pozatem są migdałki w całokształcie tkanki limfatycznej ustroju tak drobną cząstką, że działanie ich w tem znaczeniu z natury rzeczy pozbawione być musi poważniejszego wpływu.

Również zupełnie wątpliwa jest czynność krwiotwórcza migdałków. Autorzy tego przypuszczenia powołują się na czynność krwiotwórczą grasicy w pewnym okresie i na rzekome podobieństwo budowy grasicy i migdałków. Nad przypuszczeniem tem opartem na błędnych założeniach i niepopartem żadnemi dowodami rzeczowemi można również przejść do porządku dziennego.

Według doświadczeń Słobodnika, wykonanych zastrzykami migdałków świni na zwierzętach, mają migdałki wpływ przytłumiający na wzrost. Analogiczne doświadczenia Kostyala wykazują wpływ obniżający na ciśnienie krwi i poziom cukru, podczas gdy przeciwnie, *tonsilectomia* podwyższa ciśnienie, poziom cukru i wrażliwość adrenalinową.

Peller w przyczynku do zagadnienia migdałków, ogłoszonym w r. 1933, twierdzi, że wobec rozlicznych zastępczych i przygodnych wpływów w ustroju wykazanie wpływu poszczególnego gruczołu dokrewnego na drodze jednostkowej natrafia na duże przeszkody i nie rokuje widoków powodzenia. Dlatego należy obrać drogę statystyczną. Autor opierając spostrzeżenia swoje na tysiącach przypadków, dochodzi do następujących wniosków, z których przytoczymy tylko najważniejsze: migdałki prawidłowe, a w wyższym jeszcze stopniu przerosłe przytłumiaja przybytek ciężaru i wzrostu, jakoteż rozwój klatki piersiowej człowieka. *Tonsilectomia* działa wprost przeciwnie, pozatem przyspiesza dojrzałość płciową, jakoteż o jeden rok miesiączkowanie. Migdałki biorą czynny udział w fotochemicznej czynności obronnej skóry. Z powyższych i innych faktów wnioskuje autor o niewątpliwej czynności endokrynologicznej migdałków. Wyniki Pellera są bardzo zajmujące, lecz nie zostały narazie przez innych badaczy potwierdzone. W każdym razie zmiany dające się wykryć zaledwie drogą statystyczną są dla klinicysty z pewnością pozbawione większego znaczenia.

Wobec skąpych, jak z powyższego widać, wiadomości o fizjologji migdałków, trudno w dzisiejszym stanie wiedzy powiedzieć coś stanowczego o nieprawidłowej ich czynności.

Wspomnieć jeszcze wypada o wnioskach Krainza dotyczących włókien mięsnych migdałka. Według tego autora zraziki tłuszczowe służą włóknom mięsnym, jako elastyczne łożysko. Włókna te w czasie dławienia powodowaćby miały występowanie migdałka z loży migdałkowej, rozszerzanie uchyłków i wydalanie ich treści. Badania nad czynnością włókien mięsnych nie są ukończone.

Przechodzimy do omówienia klinicznego zagadnienia *tonsillitis chronica*, do ścisłego problemu chorego człowieka, który jest najistotniejszym z punktu widzenia lekarza. Tak pojęta sprawa migdałków, jest zawsze naczasie i jest niezależną od postępów nowoczesnej wiedzy pracownianej. Jeśli pominąć czasy dawniejsze, zajmowali się nią już Hippokrates, Galenus, Celsus i inni. Znali i opisywali oni obraz ostrej przewlekłej *tonsillitis* i szukali dróg jej leczenia. Drogi te były najróżniejsze. Różne też były zapatrywania na pochodzenie tej choroby, zależnie od czasów, szkół i światopoglądów. Wszystko to było mniej lub więcej dawno przed wynalezieniem mikroskopu, anatomji patologicznej, fizjopatologji doświadczalnej, i wreszcie także bakterjologji z jej poglądami na zakażenie.

Dziś ujmowanie zespołu klinicznego *tonsillitis chronica* dokonuje się przy rozważaniu wpływu zewnątrzpochodnego upostaciowanego czynnika bakteryjnego. Lecz zarówno w każdej dawniejszej epoce, jak i dziś, zastanawiać musi lekarza przedewszystkiem określenie objawów klinicznych tej choroby. Zespół tych objawów przedstawia się następująco: Wywiad wykazuje powtarzające się zapalenia gardła, lub rozpoczynanie się szeregu dolegliwości najróżniejszego rodzaju od zapaleń gardła. Odstępy pomiędzy poszczególnemi zapaleniami gardła wykazują stan pewnych niedomagań gardlanych mniejszego stopnia. Na szyi lub pod szczękami spotykamy powiększone gruczoły. Przy ucisku poza żuchwą w kierunku ku migdałkom napotykamy niezależnie od gruczołów chłonnych tkliwość lub bolesność i pewien opór spowodowany większą zbitością migdałka i jego otoczenia. Od strony jamy ustnej oglądanie migdałków wykazuje ich budowę głęboko wręblastą, a oko dostrzega na nich żółto-białe lub biało szare „czopy migdałkowe". Migdałki są zaczerwienione, łuki, zwłaszcza przedni, pasmowato przekrwione, niekiedy zgrubiałe. Dotknięcie palcem wykazuje tkliwość i zwiększoną spoistość migdałków. Za naciskiem na *peritonsilium* palcem lub przyrządem wydobywają się czopy gęste lub rozpływne, niekiedy cuchnące z głębi migdałków.

Mimo mnogości opisanych tu objawów rozpoznanie kliniczne *tonsillitis chronica* natrafia nieraz na trudności. Żaden z podanych objawów nie jest bowiem bezwzględnie cechującym, t. j. każdy spotkać także możemy u osobników o *tonsillitis* niepodejrzanych. Pozatem nie znajdziemy nigdy całego podanego zespołu u jednego osobnika, lecz musimy zadowolić się ich częścią, a niejednokrotnie pozostają nam tylko wywiady t. j. wiadomość o częstych nawrotach zapaleń lub rozpoczęciu się tej lub innej choroby wtórnej — o czem później — od zapalenia gardła z gorączką. Mimo to przeważnie, przy odpowiedniej wprawie, skrupulatności i doświadczeniu, rozpoznanie trafne uda się ustalić, a potem potwierdzić korzystnym, nieraz nadzwyczajnym wynikiem leczenia.

Zastanówmy się teraz nad tem, jakie istnieją dane dla twierdzenia o przemożnem znaczeniu przypisywanem w dobie obecnej. migdałkom, jako ognisku i wrotom zakażeń. Przedewszystkiem, już teoretycznie biorąc, t. j. opierając się na anatomji i fizjologji nie można zaprzeczyć, że szereg względów skłania do przyznania tego znaczenia migdałkom. Są niemi: 1) usadowienie migdałków w jamie ustnej, siedzibie bogatej flory drobnoustrojów niechorobotwórczych i chorobotwórczych. Drobnoustroje te dostawszy się z obcego, wrogiego niejako, środowiska zewnętrznego wraz z pokarmami w obręb tej pierwszej zapory fizjologicznej w pełni swojej żywotności, zostają dopiero w kwaśnym soku żołądkowym ostatecznie unieszkodliwione. Tutaj w jamie ustnej, mimo pewnych skromnych zdolności bakterjobójczych śliny, mogą one jeszcze tymczasem w wysokim stopniu być niebezpieczne. Tutaj też drobnoustroje znajdują dogodne warunki cieplne i chemiczne, warunki niejako cieplarkowe dla swego bytowania i mnożenia się, 2) drugim względem są fizykalne właściwości topografji i anatomji migdałkowej: sprzyjające zastojowi szczeliny między łukami i migdałkami, *fossa supratonsillaris* i uchyłki migdałkowe, dalej wysterczanie migdałków w najwęższym przesmyku jamy ustnej, stwarzające korzystne warunki dla urazu migdałków i wszczepiania drobnoustrojów wraz z cząstkami pokarmu podczas aktu połykania, 3) trzecim względem jest nieszczelność powłoki nabłonkowej rozsadzonej wędrówką limfocytów. Na wszystkich punktach ekto- i entodermy, na skórze, na śluzówce dróg pokarmowych, oddechowych czy moczopłciowych, wszędzie stwierdzono, że nieszczelność pokrywy nabłonkowej sprzyja zakażeniu.

Jakkolwiek hipotezy te są bardzo przekonywujące, to znacznie ważniejszem jest w sprawie zakażalności migdałków rozległe doświadczenie kazuistyczne i statystyczne. Wykazuje ono zgodnie i niezbicie, iż rola infekcyjna migdałków jest bardzo znaczna. Przytaczać tu ogromne piśmiennictwo jest dziś zbyteczne, a twierdzenie o przemożnem znaczeniu migdałków w dziedzinie zakażenia wydaje się już najzupełniej uzasadnione.

Przyjąwszy tedy to założenie, należy się skolei zastanowić nad zasięgiem tego zakażenia. Jak z uprzednich wywodów widać, trudność rozpoznawcza głównie stąd pochodzi, że sama *tonsillitis chronica*, brana nie w znaczeniu objawów rozpoznawczych, o których była mowa, lecz w znaczeniu podmiotowych cech schorzenia jest chorobą często prawie bezobjawową, jest pierwowzorem choroby skrytej, analogicznie np. do skrytego schorzenia ropnego zatoki nosa, do skrytego ropnia lub guza mózgowego. W tej skrytości odgrywa niemałe znaczenie stosunkowo powolny rozwój zmian i stopniowe przyzwyczajenie się chorego. Niejednokrotnie dopiero różnica samopoczucia i jakby odrodzenie i rozkwit ozdrowieńca po przeprowadzeniu skutecznego leczenia migdałków, pozwoli ocenić całą względność pojęcia bezobjawowości. Cuchnienie czopa migdałkowego wyciśniętego przez lekarza dla celów rozpoznawczych ma znaczenie przekonywujące dla uprzytomnienia sobie spraw chorobowych odbywających się w migdałku. Niemniej przekonywującym jest obraz półrozpadłej, zmurszałej miazgi miąższu migdałków, w której drążą bez oporu szczypce operacyjne podczas *tonsilektomji*. Wreszcie wystarczy przejrzeć kilka preparatów mikroskopowych wyłuszczonych migdałków i porów-

nać obraz ich z obrazem prawidłowym, ażeby przekonać się o ogromie zmian przy *tonsillitis chronica*, mimo skrytego przebiegu tego cierpienia. Szkic zmian tych podałem na wstępie opisu.

Przechodzimy obecnie do omówienia wtórnych form i dróg zakażenia. Rozróżniamy ich cztery. Pierwsza i druga mają mechanizm podobny. Treść zakaźna wysącza się z uchyłków migdałkowych do jamy ustnej i wywołuje tutaj zespoły *pharyngitis, nasopharyngitis*, a niekiedy i wtórnej *rhinitis*. Zatrzymywanie się nad objawami tych powszechnie znanych jednostek chorobowych jest zbyteczne. Z gardła prowadzą dwie drogi zakażenia do dróg pokarmowych i oddechowych, stwarzając zespoły dyspeptyczno-gastryczne, lub zapalenie krtani, tchawicy, oskrzeli, a nawet ropnie płucne. Zarówno we wspomnianej wtórnej *pharyngitis*, jak i w tych dwóch grupach schorzeń rozpoznanie samo jest łatwe. Tem trudniejsze będzie leczenie i tem uporczywsze będzie cierpienie, mimo płókań, diet, „karlsbadów", „szczawnic" i całego arsenału farmakologji, jeśli przeoczymy pierwotne ukryte schorzenie migdałkowe, — o ile takowe oczywiście istnieje — i jeśli jego leczenie lekceważymy.

Trzecią drogą zakażenia są drogi lub szczeliny limfatyczne. W ten sposób powstają *paratonsillitis, lymphadenitis submaxillaris i colli*. Nie wynika z tego oczywiście, aby każda taka *lymphadenitis* miała pochodzenie migdałkowe.

Wreszcie czwarta droga, to droga naczyń krwionośnych. Otwiera się przed nami cała galerja schorzeń od stanów posocznicych i posoczniczoropnych okazowych aż po rozliczne schorzenia, w których obok niezaprzeczalnego czynnika zakaźnego, przyjąć należy i inne ważne czynniki przyczynowe, związane z endogenicznem podłożem ustroju. Co do schorzeń tego rodzaju, w których jak np. w schorzeniach gośćcowych całokształt patogenezy nie jest jeszcze zadowalająco wyświetlony, trudno oczywiście stworzyć sobie obraz szczegółowy mechanizmu współzależności od *tonsillitis chronica infectiosa*. Gdy jednak w niewątpliwem następstwie czasowem widzimy kolejno powstające zespoły zapalenia gardła, *tonsillitis* i np. gośćca stawowego i gdy gościec ten cofa się po zastosowaniu leczenia migdałków, to wobec tych wyników, trudno lekarzowi czekać z uznaniem związku przyczynowego aż do czasu naukowego wyświetlenia istoty gośćca. Zdani tu jesteśmy na czysty i zdrowy empiryzm, oparty na ścisłości spostrzegania i konsekwentności w wysnuwaniu wniosków terapeutycznych. W ten sposób, nie bawiąc się w zbytnie teorje, osiągniemy dla chorego jaknajlepsze wyniki. Wyniki te osiągnie internista w gośćcu stawowym i mięśniowym, przy *myo-* i *endocarditis, albuminuria* i *nephritis*, pedjatra w *pyelitis*, neurolog przy *neuritis, ischias* i innych neuralgjach, ginekolog przy *perimetritis, dysmenorrhea*, dermatolog przy *furunculosis* i innych schorzeniach skóry i t. d. Wyniki będą tem znaczniejsze i szybsze, im wcześniej we właściwych przypadkach wkroczy leczenie migdałków. Stwierdzenie to prowadzi nas do omówienia ważnego okresu przejściowego pomiędzy *tonsillitis chronica infectiosa latens* a uogólnieniem się zakażenia na drodze krwiobiegu. Okres ten określiłbym jako okres zwiastunów zakażenia, czyli okres toksemji. Jest to okres z jednej strony najpilniejszy, a z drugiej najwdzięczniejszy w leczeniu migdałków. Okres ten trwać może dość długo; w innych wypadkach może on po zakażeniu migdałków w szybkiem tempie prowadzić do groźnego zakażenia ogólnego. Charakterystykę tego okresu stanowi liche samopoczucie, stan podgorączkowy, przyśpieszenie opadania ciałek czerwonych, mierna leukocytoza (8000 — 10.000), mierne przesunięcie obrazu krwi na lewo, neutrofilja, monocytoza, niekiedy hipoeozynofilja. Baczne uwzględnienie migdałków w tym okresie zapobiegnie nieraz ciężkim powikłaniom. Trudność ustanowienia wskazań leczenia migdałków polega tutaj na niewątpliwym fakcie, iż czasami migdałki stanowią wrota zakażenia bez wyraźnych zmian w samych migdałkach. W tych razach leczenie migdałków z natury rzeczy pozbawione jest skuteczności. Gdy rozgościły się już na dobre w ustroju gościec, *myocarditis* lub objawy posocznicy, wówczas wyniki leczenia migdałków są często połowicze lub znacznie opóźnione.

Musimy skolei zastanowić się nad rodzajem, wskazaniem i przeciwwskazaniem leczenia migdałków. We wszelkich stanach toksemicznych lub dalej posuniętych, niezależnie i równocześnie z leczeniem migdałków, musimy uwzględnić leczenie ogólne wedle zasad internistycznych. Przy schorzeniach gardła, dróg oddechowych i pokarmowych pochodzenia migdałkowego, leczenie migdałków jest bardzo wdzięczne i przeważnie uczyni ono wszelkie inne leczenie zbytecznem. Przy *lymphadenitis tonsillogenes* korzystne wyniki daje tylko doszczętne leczenie migdałków. Leczenie migdałków dzielimy w ogólności na zachowawcze i chirurgiczne. Wyniki leczenia zachowawczego są przeważnie tylko połowiczne. Płókanie i pędzlowanie legjonem rozczynów zmieniających się w miarę mody, pastylki i wdechiwania, przepłókiwania uchyłków i szczelin solą fizjologiczną i perhydrolem, riwanolem i trypaflawiną, antywirusy i szczepionki, iyżeczkowanie i galwanokaustyki, ssawki, masaże i wyciskanie oto aparatura leczenia zachowawczego. Przy właściwem uwzględnieniu wszystkie te sposoby mogą niekiedy przynieść pożytek przy braku powikłań ogólnych. Tylko co do masaży i wyciskań parę uwag. Sposób ten stosowany jest także dla celów rozpoznawczych. Zauważono mianowicie, że w razie obecności ukrytych ognisk zakażenia w migdałkach występuje po masażu zwyżka ciepłoty ciała, lekka leukocytoza, a niekiedy i ślad białka w moczu, co może być wyzyskane dla postawienia rozpoznania ukrytej *tonsillitis*. Lecz właśnie spowodu tych odczynów, sposób ten uważany jest przez niektórych za niezupełnie bezpieczny. Tem bardziej wskazana jest ostrożność przy systematycznem stosowaniu tych sposobów dla celów leczniczych.

W ostatnich czasach zjawiły się propozycje rentgenoterapji dla leczenia *tonsillitis chronica*. Jeśli chodzi o działanie przeciwzapalne, w stanach podostrych, korzystny wpływ nie jest niemożebny, przy zmianach przewlekłych wyników nie widziałem.

Przechodzę do leczenia operacyjnego t. j. do tonsilektomji. Starym jak problem *tonsillitis* jest konflikt między przedstawicielami sposobów zachowawczych, a chirurgicznych. Konflikt ten zależy nietylko od stopnia skuteczności leczniczej tych dwóch sposobów, ale i od zasadniczych różnic temperamentów i usposobień zarówno chorego, jak i lekarza. Pomijając względy, które nie pozwolą nigdy wygasnąć rzeczonym różnicom, trzeba stwierdzić, że *tonsillectomia* jest najdzielniejszym środkiem nietylko przeciwko samej *tonsillitis chronica*, ale i przeciw jej następstwom i powikłaniom.

Przeciwwskazanie do tonsilektomji stanowi ciężkie wyniszczenie ogólne, stany wyczerpania po ciężkich schorzeniach lub innych operacjach i okres najbliższych tygodni po przebytych sprawach zakaźnych innego rodzaju t. j. okres spadku wskaźnika opsoninowego czyli ujemna faza Ehrlicha. Pozatem jeszcze oczywiście hemofilja, wreszcie i gruźlica czynna, czyto płuc czy gruczołów jest ważnym względem przemawiającym przeciwko tonsilektomji. Mylne natomiast jest rozszerzanie przeciwwskazań na niedomogę mięśnia sercowego, zapalenie wsierdzia, wyrównane wady zastawkowe, zwłaszcza gdy choroby te są następstwem *tonsillitis*.

Tonsilektomja jest wskazaną we wszystkich fazach *tonsillitis chronica* i jej powikłań, aż do okresu objawów toksemji wskazanie to jest względne, od tej chwili bezwzględne.

Poprzednio wyliczyłem szereg chorób, których związek z *tonsillitis chronica* jest powszechnie uznany. Co do innych zdania są podzielone i różne też istnieją w tym kierunku spostrzeżenia. Przytoczę parę przykładów: Barnhill uważa zakaźną teorję wola za najprawdopodobniejszą i podaje, że w 90% przypadków wola stwierdził *tonsillitis chronica*. Layman doszedł na podstawie ankiety u chirurgów amerykańskich do wniosku, że przy wszystkich postaciach wola, w razie podejrzenia na *tonsillitis chronica*, wskazaną jest tonsilektomja. W znanej klinice Mayo w Rochester wedle Leichera, w każdym wypadku wola niezależnie od strumektomji usuwa się migdałki, Kessel, Lieb, Hyman i Landy leczyli 50 przypadków Basedowa wyłącznie tonsilektomją, lub operacją skrytych schorzeń jam bocznych i uzyskali lepsze wyniki niż jakimkolwiek innym sposobem, nie wyłączając strumektomji.

Przykłady te możnaby mnożyć.

Wśród uzasadnień przeciw tonsilektomji słyszy się często i to, że migdałki nie mogą być usunięte jako organ o ważnej czynności fizjologicznej. Jak z wywodów wstępnych wynika, w rzeczywistości o fizjologji migdałków wiemy bardzo mało. Jakakolwiekbądź byłaby czynność migdałków, to usuwanie zdrowych byłoby w każdym razie niedopuszczalne, zaś co do chorych, to usunięcie ich w razie zachodzącego wskazania wydaje się nieuniknione. W analogicznych warunkach usuwa się również np. wyrostek robaczkowy, mimo iż o czynności jego dotąd nic pewnego nie wiemy. W naszych przypadkach usuwamy migdałki, które jak to wykazuje histopatologja, są ciężko zmienione i których czynność jakakolwiekby była, sądząc z tych zmian jest ciężko nadwyrężona. Nie należy też zapominać, że ustrój jest elastycznym systemem daleko idących wyrównań. Przypominam przerost wyrównawczy pozostałej nerki i analogiczne zjawiska w gruczołach dokrewnych, jak np. w przysadce i tarczycy. O ileby migdałki posiadały poważniejszą czynność dokrewną lub inną, to wobec stopniowego rozwoju zmian patologicznych w ich obrębie niewątpliwie ubytek tej czynności zostałby w ustroju z czasem wyrównany. Wreszcie musimy się powołać na spostrzeżenia kliniczne niezliczonych operowanych, którzy żadnych zaburzeń po operacji nie wykazują.

Pozostaje do omówienia sprawa niebezpieczeństw samej operacji t. j. krwotoku i powikłań zakaźnych. Każdej operacji towarzyszy zjawisko krwotoku, chirurgja posiada również sposoby dla jego opanowania. W praktyce przy prawidłowej technice i warunkach odpowiednich sprawa ta nie ma większego znaczenia.

Pewne znaczenie mogą mieć krwotoki późne t. j. w 5—6 dni po operacji. Jedynie przy stosowaniu elektro-koagulacji jako metody chirurgicznej, spowodu oddzielania się strupów krwotoki te mają pewne znaczenie. Metoda ta jest przeważnie zarzucona. Z powikłań zakaźnych wspomnieć należy ropowicę i posocznicę. Unikając operacyj przeciwwskazanych, o czem była już mowa, posługując się dobrą techniką, zważając na aseptykę i prowadząc prawidłowo okres pooperacyjny, ma się do czynienia z temi powikłaniami tak rzadko, że i one określone być muszą, jako pozbawione wszelkiego praktycznego znaczenia. Na końcu wspomnieć wypada o powikłaniu wymienianem szczególnie przez statystyki amerykańskie. Są to ropnie płucne i zapalenia płuc pooperacyjne. Powikłania te pozostają w związku z uśpieniem i operacją w ułożeniu poziomem. Operując w znieczuleniu miejscowem i ułożeniu siedzącem z powikłaniami temi się nie spotykamy.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Ginekologja Polska. T. XIV. Z. I—III. 1935. Wiczyński T.: Zachowanie się przedniego płatu przysadki mózgowej w przypadkach nabłoniaka kosmówkowego. — Bylina J.: O ciąży jajnikowej. — Sedlis E.: Studja kliniczne eunuchoidyzmu u kobiet. — Klein K.: Przypadek bliźniąt syjamskich. Przypadek własny zroślaków mostkowych (sternopagus). — Wójcicki H.: Przypadek ciąży pozamacicznej na pozostawionym podczas operacji strzępku jajowodu. — Długi H.: Ciąża śródmiąższowa, rozpoznana mylnie na stole operacyjnym jako nabłoniak kosmówkowy. — Stępowski B.: Drugi odczyn przedniego płatu przysadki mózgowej w zespole odczynów, zależnych od hormonów płciowych.

Nowiny Lekarskie. Z. 8. 1935. Bross W. i Kubikowski P.: Rola czerwonych ciałek krwi jako czynnika regulującego poziom adrenaliny w krwiobiegu. — Puzyrewicz A.: Przypadki „nadoperowane" w położnictwie. — Nusbaum M.: Przewlekłe schorzenia stawowe w klinice.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 16. 1935. Kryńska H. P.: O związkach flawonowych rdestu ostro-gorzkiego Polygonum Hydropiper L. — Ruff A.: Jeszcze kilka słów o rozczynie Fowlera.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 8. 1935. Huszcza A.: Wolny zawód lekarski — a uspołecznienie medycyny. — Abramowicz M.: Nędza zawitała do progów lekarzy. — N. M.: Lekarz domowy w Warszawie.

Lekarz Polski. Nr. 4. 1935. Szumski J.: Rola Ubezpieczeń Społecznych z punktu widzenia ogólno-państwowego. — Skokowska-Rudolfowa M.: Walka z gruźlicą na terenach wiejskich. — Dąbrowski K.: Podstawy psychologiczne samodręczenia (automutylacji) (c. d.).

Start. Nr. 7. 1935. Zawiera szereg zajmujących artykułów poświęconych wychowaniu fizycznemu kobiet.

Położna. Nr. 3—4. 1935. Dołhun J.: Higjena położnicy. — Hasztowa J.: Higiena mieszkania. — Polityło W.: O zarazkach. — Marder P.: Rola położnej na wsi. — Król K.: Karmienie dziecka na wsi. — Nahornowa J.: Higjena i pielęgnowanie niemowlęcia. — Żurawski K.: Wpływ alkoholu na matkę, na płód i przyszły rozwój dziecka (c. d.).

Młoda Matka. Nr. 8. 1935. Chrapowicki T.: Zapobieganie skrzywieniom. — Wiszniewski J.: Ile i jakie płyny powinno otrzymywać dziecko. — Nadto zawiera szereg artykułów w dziale lekarskim, pedagogicznym i rad praktycznych.

Biologja Lekarska. Z. 3. 1935. Walter Fr.: Związki arsenowe i bizmutowe w leczeniu kiły (dok.). — Scheuring H.: Obecny stan nauki o krzepnieniu krwi.

Kronika Dentystyczna. Nr. 2. 1935. Meissner A.: Rys ogólny sprawy zapalenia kości szczękowych na skutek chorób zębów.

Medycyna. Nr. 8. 1935. Pende M.: Podłoże wewnątrzwydzielniczo-współczulne gruźlicy. — Filiński W.: Przypadek prosówki ostygłej i uwagi ogólne o gruźlicy prosówkowej łagodnej. — Kaplan A.: W sprawie patogenezy, zapobiegania i leczenia objawów bólowych w jamie brzusznej po usunięciu wyrostka robaczkowego. — Demant P.: Decapsulatio a diureza. — Leński M.: Przypadek wodogłowia wrodzonego u 45-letniego mężczyzny z objawami hipogenitalizmu i infantylizmu. — Ochorowicz St.: Poglądy na gruźlicę płuc i jej leczenie w zielnikach polskich szesnastego wieku.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 15. 1935. Biro M.: Urazy czaszki a cierpienia układu nerwowego. — Flejsyng Z.: O polimorfizmie streptokoków (dok.). — Adamowiczowa S.: Polityka ludnościowa państw europejskich (c. d.).

Życie Dziecka. Nr. 4. 1935. Babicki J. Cz.: O wychowaniu. — Hryniewicz E.: Młodociani w Polsce. — Warszawska St.: Z poradni pedologicznej przy I Miejskim Ośrodku Zdrowia. — Holewińska M.: Zagadnienie opieki nad dziećmi moralnie zagrożonemi i anormalnemi w niektórych krajach Europy zachodniej i Ameryki Północnej.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 4. 1935. Decowski M.: Wpływ wlewań dożylnych bulionu, przesączu przeciwropnego i przesączu przeciwzołzowego według Besredki, na zachowanie się białych ciałek krwi konia. — Moraw T.: Medycyna weterynaryjna średniowiecznego wschodu. — Gajewski S.: Zagadnienie nowoczesnego znieczulania w chirurgji weterynaryjnej (c. d.)

Polskie Zioła. Nr. 4. 1935. Filipczak J.: Wykorzystywanie nieużytków. — M. B.: Racjonalna produkcja surowców roślinnych. — Biegański J.: Ogólne wskazówki dla zbierających zioła lecznicze ze stanu dzikiego. — Wolszlegier Z.: Przeszczepianie bakteryj gleby. — Żółtowska H.: Zioła w praktykach i obrzędowości polskiej.

OCENY

Sosny otwockie. Obraz miasta uzdrowiska. CEZARY JELLENTA. Warszawa, 1935. Str. 158. Nakł. Wydawn. Współczesnego.

Stylem fejletonowym przedstawia autor zebrane przez siebie od fachowców wiadomości o geologji gleby otwockiej, o przeszłości i teraźniejszości szaty roślinnej a przedewszystkiem leśnej okolic Otwocka, o rozwijającem się ogrodnictwie w Otwocku, porusza też zagadnienia urbanistyczne tego miasta-uzdrowiska, objaśniając te sprawy rycinami. Sporo miejsca zajmują dzieje okolicy Otwocka. Wartości klimatu i leczenia otwockiego, oparte na empirji i statystyce lecznic otwockich, przedstawia autor w należytem oświetleniu. Natomiast zastrzeżenia wywołują dygresje „teoretyczne", w dodatku zbyteczne w tego rodzaju wydawnictwie, przeznaczonem dla nielekarzy i opracowanem przez nielekarza (por. str. 54 i 55). Autor słusznie podnosi niesystematyczność obserwacyj meteorologicznych, pełnych przytem widocznych błędów. Jest to poważny brak nietylko Otwockiej stacji meteorologicznej. Wdzięczność należy się autorowi za wyraziste podkreślenie zgubnych skutków wyniszczania lasów na prawym brzegu Wisły wzdłuż linji kolejowej. Akcja zalesiania tych obszarów powinna nie schodzić z uwagi społeczeństwa, podobnie jak osuszanie błot poleskich. Dzieło Jellenty oddaje dobre usługi propagandzie Otwocka.

Sabatowski (Lwów).

Błonica w Krakowie w ostatniem 50-cio leciu. E. ENGELSTEIN. Str. 20 i 13 tablic. Nakład: „Wykłady chorób zakaźnych przy U. J.". Kraków 1934.

Na podstawie źródeł zebranych w Miejskim Urzędzie Statystycznym w Krakowie, zestawił autor w szeregu tablic i wykresów liczbę zachorowań i zgonów na błonicę i dławiec w Krakowie, w latach od r. 1877—1932. W zestawieniu tem uwzględnia autor ilość zachorowań i zgonów w poszczególnych miesiącach i porach roku, stosunek wieku, wreszcie uwzględnia również w miarę możności stosunek zachorzeń i zgonów wśród ludności miejscowej i zamiejscowej, leczonej tylko w Krakowie, podkreślając zarazem, że dane dotyczące ludności zamiejscowej, ze względów zupełnie zrozumiałych nie mogą przedstawiać dokładnego odbicia istniejących stosunków. Zebrany materjał podzielił autor w zależności od danych statystycznych znalezionych u źródeł na 5 okresów, obejmujących kolejno lata od 1877—1882, 1883—1886, 1887—1895, 1896—1909 i 1910—1932, wykazujących pewne różnice w zestawieniu poszczególnych dat statystycznych jak np. uwzględnienie wieku zmarłych i chorych, ilości zgonów i zachorzeń w poszczególnych miesiącach, podziału na miejscowych i zamiejscowych i t. p.

Porównując ze sobą poszczególne tablice i wykresy wykazuje autor, że w omawianym czasokresie błonica w Krakowie wykazuje 2 okresy bardzo silnych nasileń, w odstępach około czterdziestu lat, a mianowicie w r. 1890 i w r. 1932. Obok jednak tych dużych nasileń, spotykamy w odstępach kilkoletnich nasilenia mniejsze. Najwięcej zachorowań na błonicę przypada na jesień i zimę. Pod względem wieku największą ilość zachorowań notowano między 2-gim a 5-tym rokiem życia, przyczem jednak w la-

tach ostatnich t. j. 1910—1932 daje się zauważyć większą ilość zachorzeń w wieku od 5 do 20 lat, w porównaniu do okresów poprzednich. Śmiertelność na błonicę w latach dawniejszych była większą niż obecnie; większą jest również śmiertelność w miesiącach jesiennych i zimowych. Krzywa śmiertelności uwzględniająca wiek wykazuje największe nasilenie poniżej 1 roku życia, opadając stopniowo do 30 roku, po którym znów nieco się zwiększa. Autor zastrzega się jednak, że zaznaczonemu wzrostowi śmiertelności po 30 roku życia nie należy przypisywać zbyt wielkiego znaczenia, a to ze względu na mały stosunkowo materjał (między 30 a 40 rokiem życia zanotowano zaledwie 15 chorych, z tych 3 zmarło).

Omawiając dane statystyczne dla ludności zamiejscowej, autor podkreśla fakt, iż statystycznie nie można ujmować jej narówni z ludnością miejscową, ulega ona bowiem bardzo silnym wahaniom tak pod względem zgłoszonej ilości zachorowań w poszczególnych latach jak również większej śmiertelności, co wybitnie zamazuje obraz statystyczny.

Nadzwyczaj starannie i sumiennie zebrany materjał zestawił autor bardzo trafnie i szczegółowo w IX dużych tablicach i 3 wykresach graficznych. Celem ułatwienia czytelnikowi orjentacji w całym materjale, uzyskane dane są rozbite na oddzielne małe tabelki, ilustrujące poszczególne dane, omawiane w tekście, przez co cała praca zyskała bardzo dużo na przejrzystości.

Dzięki obfitemu materjałowi statystycznemu, obejmującemu zgórą 50 lat, tak sumiennemu i trafnemu zestawieniu tegoż, oraz bardzo starannie zebranej literaturze, dotyczącej omawianego przedmiotu, praca ta stała się bardzo ładnym i poważnym przyczynkiem do badań statystyczno-epidemjologicznych nad błonicą.

Dr. A. Donhaiser (Kraków).

L'année thérapeutique 1934 (rocznik leczniczy). A. RAVINA. Masson. Paryż. 1935. Stron 190. 18 fr. fr.

Jest to już IX rocznik, ukazujący się obecnie regularnie co roku. Widocznie wydawnictwo to dobrze spełnia swe zadanie, przez zebranie bowiem metod leczniczych podanych w jednym roku pozwala lekarzowi praktycznemu zorjentować się w tem, co stosuje się „najnowszego". Książeczka jest podzielona na 3 części, w pierwszej podane są nowe metody leczenia chorób i objawów, w drugiej nowe metody techniczne, w trzeciej nowe środki lecznicze lub ich zastosowanie. Dla przykładu wymienię niektóre: leczenie anemji złośliwej podawaniem preparatów żołądka (zastrzyki), zamartwicy noworodków wprowadzeniem dwutlenku węgla, oparzeń okładami tranu, róży promieniami pozafiołkowemi, krwotoków żołądkowych przez odpowiednią dietę bez głodzenia, krwotoków płucnych podskórnemi zastrzykami tlenu lub powietrza, zapalenia płuc dożylnemi zastrzykami salicylanu sodu i inne. Ogółem książeczka zawiera 78 krótkich streszczeń piśmiennictwa głównie francuskiego, niemieckiego i angielskiego. Może być z korzyścią przeczytana przez lekarza, pragnącego się zapoznać naprędce z nowszem piśmiennictwem w zakresie lecznictwa. *Skowroński* (Lwów).

Nerwice reaktywne. E. ARTWIŃSKI, WŁ. MEDYŃSKI, ST. JANKOWSKI. Wyd. Monografje Psychjatryczne. Nr. 11. Warszawa 1934. Str. 42. Cena 3 zł.

Problem nerwic reaktywnych jest niewątpliwie zawiły, a poglądy na to zagadnienie bardzo rozbieżne; nic więc dziwnego, że nawet lekarze zawodowi nie są zgodni zazwyczaj w ocenie stanów reaktywnych. W orzecznictwie nerwic w szczególności urazowych konieczna jest indywidualizacja, o schematycznem przedstawieniu sprawy nie może być mowy. Autorzy —w monografji ocenianej — przedstawili rzeczowo zagadnienie nerwic wnikając szczegółowo w istotę tego cierpienia. W ten sposób ujęta praca przyniesie niewątpliwie korzyści praktyczne i powinna się znaleźć w ręku każdego lekarza znawcy.

Monografja składa się z trzech części, z których pierwsza (opracowana przez Artwińskiego) obejmuje uwagi metodologiczne w sprawie nerwic reaktywnych, druga (opr. Medyński) omawia zagadnienie niezdolności do pracy w różnych postaciach psychonerwowego traumatyzmu. W części trzeciej podaje autor (Jankowski) wskazówki praktyczne, jak należy postępować przy opinjowaniu nerwic reaktywnych.

Dżułyński (Lwów).

Małżeństwo Doskonałe. TH. VAN DE VELDE. Przełożył Z. Jeliński. Warszawa. J. Przeworski.

„...wskutek pewnej, połączonej z dystynkcją — ale chyba niesłusznej — rezerwy, czy pruderji, większość ginekologów naprawdę mało wie o tych rzeczach". Fraenkel.

My, lekarze, wiemy z doświadczenia, jak często sprawa stosunku płciowego wywołuje w małżeństwie niezadowolenie i nieporozumienia ze wszystkiemi tego następstwami. A jednak sprawy te bywają rzadko przedmiotem głębszego z naszej strony wglądu, a rady, udzielane na wyraźne żądanie, bywają zwykle ogólnikowe, powierzchowne, niewnikające w sedno rzeczy. Dla jednych z nas są te sprawy obce zupełnie — przez drugich są niedoceniane.

Dlatego podziwiać należy odwagę autora, który w sposób naukowy i zupełnie niekrępujący się momentami choćby najdrażliwszemi — roztoczył przed naszemi oczyma obraz wszystkich komplikacyj, jakie na temat stosunku płciowego w małżeństwie powstać mogą — a równocześnie podaje radę, jak je należy oceniać, jak je usuwać, lub jak im zapobiegać.

Ustanowiwszy cztery filary, na których pożycie małżeńskie winno się opierać, — trafny dobór — dobre wzajemne nastawienie psychologiczne — zgodne rozwiązanie sprawy potomstwa — i — harmonijnie rozwijające się pożycie płciowe, — cały wysiłek swej pracy poświęca właśnie temu ostatniemu zagadnieniu, odsyłając czytelnika dla pogłębienia znajomości reszty warunków do szeregu doskonałych prac, sprawę tę obszernie traktujących. O pożyciu płciowem powiada, że filar ten „powinien być bardzo mocny i dobrze ustawiony, znaczny bowiem ciężar na nim spoczywa. Niestety najczęściej jest źle osadzony i kruchy". Z wielką więc starannością zapełnia blisko połowę swego dzieła szczegółową anatomją i fizjologją narządów płciowych, wykazując celowość, z jaką przyroda narządy te utworzyła i wyposażyła. Tłumaczy z naukową ścisłością wszelkie fizjologiczne przejawy i ich doniosłość. Uwzględnia wszelkie stany fizjologiczne rozwojowe i przejściowe u kobiety, jak dziewictwo — i sposoby defloracji, — menstruację i zachowanie się w czasie tejże, — ciążę i obowiązujące w czasie jej i w połogu ostrożności. Omawia owulację w stosunku do bezpłodności, poucza o dniach największej możliwości zapłodnienia. Porusza sprawę przekwitania, wydolność płciową i stan psychiczny kobiety w czasie jej trwania.

Po tem starannem przygotowaniu czytelnika przechodzi dopiero do techniki stosunku płciowego. Jest to prawdziwa „synuscologia". Wszystko, co wiedza, doświadczenie długich stuleci, obyczaje, wierzenia podały — wszystko to służy mu do zbudowania owej techniki idealnej, którą podaje w najdrobniejszych szczegółach, niczem się nie krępując w dążeniu do tego, aby ciało i dusza znalazły najwyższe zadowolenie w tem najintymniejszem zespoleniu. Niczego nie ma z pruderji — jest tylko jedno zastrzeżenie: wzajemna miłość, sankcjonująca wszystko, co się dzieje, dla zapewnienia stronie drugiej najwyższej rozkoszy i wyładowania. Dotyczyć to może oczywiście tylko ludzi o pewnej kulturze, którzy pojąć i zrozumieć mogą cel tych pouczeń i wskazówek — owo dążenie do uszczęśliwienia drugiej, związanej ze sobą istoty — do utrzymania jej ciała w pełni zdrowia i siły — a ducha w pełni świadomości dobrze spełnionego ważnego zadania.

Nie jest to lektura dla nieletnich — ale każdy dorosły mężczyzna i kobieta, szczególnie zamierzający wstąpić w związki małżeńskie, powinni dzieło to sumiennie przestudjować. Sądzę, że również każdy lekarz, każdy ginekolog zajmujący się żmudnem leczeniem konserwatywnem, każdy neurolog, z których niejeden, zwłaszcza psychoanalityk, mógłby jeszcze uzupełnić wywody autora, winien sobie jednak książkę tę przeczytać, — a znajdzie w niej niezawodnie wiele materjału mocno go interesującego i zastanawiającego.

Spotykałem się często z zapytaniem młodszych kolegów, jak w którymś z tak dziwnie gmatwających się wypadków nieporozumień małżeńskich na tle seksualnem — postąpić. To również obok wielkiej objektywnej wartości książki powoduje mnie do tego, że zdaję sprawę z przeczytanego dzieła, które witam z pełnem uznaniem.

Zakończę ważnym z niego cytatem (str. 197). „Każde silniejsze podrażnienie seksualne żony, niezakończone spazmem rozkoszy, jest szkodliwe, — zesumowane zaś zaburzeń tego rodzaju prowadzi do nieustępujących, a przynajmniej trudnych do wyleczenia stanów, upośledzających tak ciało, jak psychikę kobiety"[1].

[1]) Już przed stu laty pisał niepowołany, lecz genialny pisarz, Balzac, w swojej „Fizjologii Małżeństwa": „...iluż mężczyzn żeni się, nie mając najmniejszego pojęcia o tem, co jest kobieta"...

„Toteż świat cały roi się od młodych kobiet, które wloką się przez życie blade i wycieńczone, schorowane i cierpiące. Jedne stają się ofiarą mniej lub więcej ciężkich schorzeń zapalnych, inne podlegają w mniejszym lub większym stopniu atakom nerwowym. Wszyscy mężowie tych kobiet, to gbury niezgrabne".

Dr. Wacław Seidl (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Nadczynność przytarczyc i skurcze spastyczne naczyń. B. BASTAI i G. C. DOGLIOTTI. Pres. Méd. Nr. 90. 1934.

Autorowie omawiają wyniki wycięcia przytarczycy w chorobie Bürgera i gangrenie na tle cukrzycy. W 5 przypadkach mieli korzystne wyniki, stwierdzali spadek poziomu wapnia we krwi, szybkie ustąpienie bólów nawet długotrwałych, podniesienie ciepłoty kończyn subjektywne i objektywne, spadek ciśnienia krwi i szybkie odgraniczanie się owrzodzeń i gojenie ran. Tylko w 2 przypadkach wyniki były trwałe (obserwacja $1^1/_2$ roku), w innych nastąpił nawrót. Autorowie zastanawiają się nad działaniem przytarczyc na naczynia i dochodzą do wniosku, że przytarczyce wydzielają hormon sympatykotoniczny. Dowodzą, że parathormon uruchamia wapń z kości (podnosi się poziom wapnia we krwi), zwiększenie jonów wapnia podnosi napięcie układu sympatycznego i przy równoczesnem pobudzeniu nadnerczy do wydzielania adrenaliny prowadzi do trwałych skurczów spastycznych, które mogą doprowadzić do choroby Bürgera lub gangreny cukrzycowej. Wycięcie przytarczycy obniżając poziom wapnia, zmniejsza napięcie tego układu i daje przewagę układowi parasympatycznemu, co tłumaczy efekt doraźny operacji. Na trwały wynik nie można liczyć, jeśli zmiany w naczyniach posunęły się za daleko. *Skowroński* (Lwów).

Ostre zatrucia związkami barbiturowemi a układ wegetatywny. J. A. CHAVANY. Pres. Méd. Nr. 97. 1934.

Zatrucia samobójcze weronalem, luminalem i t. p. corazto się mnożą i dlatego lekarze mają możność obserwowania licznych przypadków. Autor omawia poszczególne objawy występujące w czasie śpiączki i stara się je sprowadzić do zaburzeń ośrodków układu wegetatywnego. Za tem przemawiają zaburzenia w oddychaniu, krążeniu, napięciu mięśniowem, gorączka, zmiany na skórze i inne. Ośrodki wegetatywne są umieszczone na dnie trzeciej komory w okolicy lejka i guza popielatego i tam jest miejsce działania związków barbiturowych. Niejednakowe zachowanie się chorych po takich samych dawkach, wrażliwość lub oporność na takie związki zależy od ich układu wegetatywnego. Od czasu odkrycia przez badaczy amerykańskich, że strychnina posiada własność usuwania śpiączki barbiturowej u zwierząt, zaczęto wstrzykiwać dożylnie duże dawki strychniny. Autor uważa, że działa ona antagonistycznie na ośrodki wegetatywne i tem się tłumaczy dobre wyniki w niektórych przypadkach. Ze względu na jej dużą toksyczność, można zamiast niej stosować koraminę, która posiada w dużych dawkach własność wywoływania skurczów jak strychnina i pobudzania krążenia.
Skowroński (Lwów).

Surowicze zapalenie opon mózgowych. J. HILMI. Monatsch. f. Kinderh. T. 61. Z. 3. 1935.

Autor opisuje ograniczoną zarazę surowiczego zapalenia opon mózgowych, która wybuchła w Instabule. W sumie widziano 15 przypadków, z których 6 przyjęto na klinikę. Charakterystycznym był nagły początek, wysoka gorączka, ból głowy, wymioty, często zaćmienie świadomości, objawy oponowe; w jednym przypadku — opadanie powieki i zez zbieżny; w 2 przypadkach porażenie n. twarzowego i objaw zbaczania języka. W jednym z tych przypadków postawiono niesłusznie rozpoznanie zapalenia opon gruźliczego.

Płyn mózgowo-rdzeniowy jasny, wykazywał wszędzie podwyższenie ciśnienia, zwiększoną ilość limfocytów, Pandy +, białko (—).

Autor różnicuje między 1) zapaleniem opon gruźliczem, przeciw któremu przemawią brak wzmożenia ilości białka, brak prątków Kocha i wyleczenie dzieci, 2) guzem mózgu, który wyklucza ze względu na obraz kliniczny, 3) *meningismus*, przeciw któremu przemawia brak jakiejkolwiek przedtem choroby, jak zapalenie płuc, krztusiec i t. p. 4) poronną postacią zapalenia rogów przednich rdzenia, czem zwalcza twierdzenie Quincke'go i 5) poronną postacią zapalenia mózgu jak chce Eckstein.

Zdaniem autora brak w okolicy typowych przypadków tych schorzeń, wyklucza i poronne postacie.
J. Jaskólska (Kraków).

Zagadnienie karmienia piersią przy zapaleniu sutka matki. SCHLEGEL. Monatsch. f. Kinderh. T. 61. Z. 3. 1935.

Wśród lekarzy utarła się zasada nieodstawiania dziecka od piersi przy ropieniu gruczołu sutkowego, gdyż opróżnienie piersi fizjologiczne prowadzi do szybszego wygaśnięcia spraw zapalnych, przyczem szereg autorów twierdzi, że nie należy obawiać się szkody dla dziecka. Istotnie zdarza się często, że zdrowe oseski pijące mleko zanieczyszczone ropą nie chorują. Autor jednak przytacza trzy przypadki, w których zakażenie oseska od matki na skutek ssania nie ulega wątpliwości. Jako dowód podaje: 1) występowanie pierwszych ognisk ropnych na twarzy dzieci i błonie śluzowej ust, 2) ten sam rodzaj zarazka w ropniu matki i ropieniach dziecka.

Z tych dzieci jedno zmarło wśród objawów zakażenia gronkowcowego i zapalenia błony śluzowej jelit.

Autor dochodzi do wniosku, że należy odstawiać od piersi tem szybciej, im dziecko jest młodsze, bo jest wtedy skłonniejsze do zakażeń i im pierś matki skłania się bardziej do zropienia.
J. Jaskólska (Kraków).

Dożylne wstrzykiwania u oseskóW, ratujące im życie. FLEISCHMANN. Monatsch. f. Kinderh. T. 61. Z. 3. 1935.

Autor przytacza kilka przypadków pooperacyjnego porażenia jelit, z których jedno udało mu się wyratować, a inne przez dłuższy czas (2 tygodnie) utrzymywać przy życiu dzięki dożylnym zastrzykom glukozy 8% 3 razy dziennie po 100 g i krwi matki z dodatkiem cytrynianu po 30 cm³ stosowanej dożylnie 1 raz dziennie. *J. Jaskólska* (Kraków).

Leczenie stanów zatrucia u oseskóW zapomocą wśródotrzewnowego wprowadzania naturalnej wody karlsbadzkiej. UNGAR. Monatsch. f. Kinderh. T. 61. Z. 3. 1935

Leczenie stanów zatrucia pokarmowego i wysuszenia u niemowląt polega na wprowadzaniu dostatecznej ilości płynu naturalnemi drogami w postaci herbaty, albo według autora najlepiej mineralnej wody karlsbadzkiej.

Nietylko jednak wybór odpowiedniego środka dietetycznego odgrywa rolę, ale powodzenie leczenia zależy od tego, czy organizm ma czas przetrwać poszczególne stopnie diety. Celem uzyskania szybszego wchłaniania autor proponuje wśródotrzewnowe wprowadzanie mineralnej wody karlsbadzkiej.

Duża powierzchnia otrzewnej chłonie łatwiej i prędzej niż tkanka podskórna. Mineralna woda karlsbadzka zapewnia ustrojowi wprowadzenie jonów Na i Cl, tak potrzebnych w tym okresie. Autor używa wody karlsbadzkiej niewyjaławianej, ale jałowo ze źródła pobranej, wolnej od zarazków.

Technika śródotrzewnowych wlewań jest dokładnie opisana przez Weinberga; nie jest trudniejsza od techniki wlewań podskórnych. Zachodzi jedynie obawa, 1) żeby nie skaleczyć jelita i 2) żeby uniknąć zakażenia jamy brzusznej. Autor uzupełnił technikę Weinberga przez wprowadzenie specjalnej śródotrzewnowej kanjuli, którą wprowadza przy wysokiem ułożeniu miednicy w linji sutkowej po prawej stronie brzucha na palec wzwyż od linji pępkowej.

We wnioskach autor podaje, że nie może stwierdzić, jakoby mineralna woda karlsbadzka miała jakieś osobliwe działanie w leczeniu zatruć, ale wydaje mu się, że mineralne składniki zawarte w niej doskonale wpływają na zwalczanie zatrucia pokarmowego u oseskóW, szczególnie w stanach kwasiczych.
J. Jaskólska (Kraków).

O chorobie Basedowa u dzieci. K. WALLIS. Monatschr. f. Kinderh. T. 61. Z. 3. 1935.

Zasadnicza różnica zachodzi między poglądami amerykańskich autorów, którzy chorobę Basedowa u dzieci opisują w dziesiątkach przypadków, a poglądami europejskich autorów, którzy zazwyczaj rzadko godzą się na rozpoznanie choroby Basedowa u dziecka, zato odróżniają basedowoid wieku pokwitania, od wola wieku pokwitania, które zależą także od zwiększenia wydzielania gruczołu tarczowego, ale nie mają nic wspólnego z chorobą Basedowa.

Leczenie, zdaniem autora, w dziecięcym Basedowie, którego dwa przypadki opisuje, jest przedewszystkiem zachowawcze najlepiej dijodtyrozyną. Dawkować należy: 3—5 tygodni po 0,1—0,3 dijodtyrozyny dziennie, potem następuje przerwa tygodniowa, poczem 1—2 tygodni podawać należy te same dawki i t. d., zresztą indywidualizując, wkońcu wrócić należy do 0,05 t. j. pół tabletki dijodtyrozyny. W klinicznym obrazie, podstawowej przemianie materji i t. p. zachodzi niezaprzeczalna daleko idąca poprawa. *J. Jaskólska* (Kraków).

Przyczynek do poznania schorzeń — na kilka chorób zakaźnych jednocześnie. E. STRANSKY. Monatschr. f. Kinderh. T. 61. Z. 3. 1935.

Jednoczesne zachorowanie na płonicę i odrę nie jest wcale wielką rzadkością. Hukiewicz ze szpitala Wilhelminy z Wiednia opisał 21 takich przypadków spostrzeganych w 1904 r., z których $^1/_3$ część zmarła. Nieregularność i różnorodność wysypki na-

stręcza wtedy duże trudności rozpoznawcze. Pospischill nazywa te wysypki *„Doppelexanthem"*.

Autor opisuje 2 przypadki z rodzeństwa: 1 przyp.: 7½ l. dziewczynka chora na krztusiec zachorowała na ciężką posoczniczą płonicę — w 2 dni później wystąpiła odra, której autor przypisuje zapalenie ucha środkowego. Czy jednoczesne zakażenie odrowe pogorszyło przebieg płonicy, nie można rozstrzygnąć. Co do krztuśca, nasilił się w następstwie odry i płonicy. Dziecko zmarło. 2 przypadek: młodsze z tegoż rodzeństwa chore na krztusiec zachorowało na płonicę, po 48 godzinach — na odrę. W czasie wysypki odrowej wystąpiło zapalenie ucha środkowego i w dalszym przebiegu zapalenie mięśnia sercowego. Krztusiec podczas okresu wylęgania odry wyraźnie nasilił się. W przebiegu zapalenia ucha wystąpiło zapalenie wyrostka sutkowego — dziecko zostało przeniesione na oddział uszny, gdzie stało się przyczyną zakażenia płoniczego. Poronne zapalenie mózgu w przebiegu płonicy cofnęło się. Tutaj przebieg płonicy był łagodny i ani odra ani krztusiec na jej nasilenie nie wpłynęły. Czy powikłania przy różnorodnych zakażeniach, a równoczesnem schorzeniu są częstsze i cięższe, nie można z pewnością twierdzić, chociaż wiele spostrzeżeń za tem przemawia.

J. Jaskólska (Kraków).

Zarys lecznictwa inwalidzkiego. Fr. WITASZEK. Wyd. Drukarnia Spół. Wyd. U. Z. S. w Poznaniu. 1935. Str. 104.

Praca, poprzedzona wstępem napisanym przez Prof. Gantkowskiego, składa się z dwóch części. W części pierwszej podaje autor wyjątki z ustawy o ubezpieczeniu społecznem pracowników fizycznych i umysłowych na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci osoby ubezpieczonej. W części drugiej omawia autor wpływ poszczególnych chorób na utratę zdolności do pracy zarobkowej i załącza wskazówki do oznaczania stopnia niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwych wypadków.

Praca ta powinna zainteresować lekarzy zatrudnionych w orzecznictwie inwalidzkiem. *Dżułyński* (Lwów).

Propédeutique Obstetricale (Propedeutyka położnicza). L. DEVRAIGNE. Str. 191. Ryc. 50. Paryż 1934. Masson. cena. 22 fr.

W siedmiu rozdziałach omawia autor zapłodnienie, macicę ciężarną, rozwój jaja płodowego, badanie ciężarnej, poród prawidłowy, położenia nieprawidłowe oraz w krótkich słowach miednice ścieśnione, przyczem najwięcej miejsca poświęcono objawom ciąży, badaniu ciężarnej oraz przeprowadzeniu porodu. Zwięźle i jasno przedstawione sa wszystkie zasadnicze kwestje. Książka przeznaczona jest dla studentów jako przygotowanie do dyżurów w zakładach położniczych.

Z. Rychłowski (Lwów).

Pratique Obstetricale. (Prakticum położnicze). L. DEVRAIGNE. Str. 224. Ryc. 39. Paryż 1935. Masson. cena 22 fr.

Kompendium patologji ciąży i połogu pomyślane wraz z poprzedniem dziełkiem jako wstęp do położnictwa dla studenta. Książka podzielona jest na 5 rozdziałów omawiających patologję ciąży, stany nieprawidłowe porodu, zakażenia w połogu, patologję noworodka oraz operacje położnicze. Stosunkowo obszernie traktuje autor powikłania w czasie ciąży. Szematyczne ryciny uzupełniają, zwłaszcza w dziale operacyj położniczych, zwięzły tekst tak, że książka mimo swej małej objętości nie traci nic na jasności. *Z. Rychłowski* (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Przyczynek do leczenia krwawień macicznych spowodu pęcherzyka przetrwałego. A. MANDELSZTAMM. Zbl. f. Gyn. Nr. 1. 1935 r.

Opis 7 przypadków długotrwałego krwawienia macicznego. W przypadkach tych stwierdzono poza powiększeniem macicy torbielki jajnikowe. Torbiele te zostały opróżnione strzykawką zapomocą nakłucia przez tylne sklepienie. Wydobyty płyn został wstrzyknięty kastrowanym białym myszkom; badanie wykonane po 100 godzinach wykazało wyraźne objawy rui. O ile torbielka nie została całkowicie opróżniona i wyczuwała się badaniem dwuręcznem — a. rozgniatał ją palcami. Krwawienie ustało we wszystkich przypadkach; pacjentki miesiączkowały regularnie. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie współzależności pomiędzy przednim płatem przysadki, tarczycą i żeńskiemi gruczołami płciowemi. J. DEJCZ. Wracz. Dieło. Nr. 4. 1934.

Szczegółowe omówienie przypadku klinicznego z nadczynnością przedniego płatu przysadki na tle guza przysadki. Stwierdzone u pacjentki: objawy obrzęku śluzowatego, dodatnia reakcja w moczu na prolan i folikulinę, brak miesiączki i wreszcie *colostrorrhoe* — uważa a. za objawy wtórne będące w związku z obecnością guza przysadki. Nadczynność przysadki najczęściej wywołuje wzmożone wydzielanie hormonu tyreotropowego, w omawianym natomiast przypadku istniały objawy hipofunkcji tarczycy (obrzęk śluzowaty, sucha blada skóra, zimne kończyny, wypadanie włosów, niskie ciśnienie, hipotonja układu sympatycznego i parasympatycznego i t. p.). Szczególnie zasługuje na uwagę długotrwała obecność siary w sutkach (6½ lat), która zdaniem a. stoi w niewątpliwym związku z nadczynnością przedniego płatu przysadki. Poprawa stanu ogólnego nastąpiła po podaniu tyreoidyny. *M. Segal* (Lwów).

Sensibamin — nowy alkaloid sporyszu. W. KRAUTE. Zbl. f. Gyn. Nr. 1. 1935.

W 30 przypadkach obserwowano kurczenie się macicy po porodzie pod wpływem wstrzyknięcia dożylnego *sensibaminy*. Działanie kurczowe ujawnia się niekiedy już w czasie wstrzyknięcia, przeważnie jednak po upływie jednej minuty: przeciętnie po 77 sekundach stwierdza się wyraźny skurcz macicy. Wpływ s. na parcie krwi jest nieznaczny i wykazuje podniesienie ciśnienia o 5—10 mm Hg.

W 2 przypadkach cięcia cesarskiego wykonanego na rodzących niemających prawie żadnych bólów — wstrzyknięto natychmiast po urodzeniu dziecka s. dożylnie i obserwowano zachowanie się macicy. W obu przypadkach stwierdzono dobre napięcie mięśnia macicy, nie zaobserwowano jednak kurczenia się macicy tak, jak to widzimy po wstrzyknięciu preparatów tylnego płatu przysadki. Pod wpływem s. wstrzykniętej dożylnie w czasie skrobanki (1 cm³) — czuje się kiretą wyraźne stwardnienie ściany macicy, nie zaobserwowano jednak zmniejszenia pojemności jamy macicy, jak pod wpływem preparatów przysadki, wywołujących rytmiczne skurcze macicy.

Obserwacje a. nie wykazują korzystniejszego działania s. w porównaniu z innemi preparatami sporyszu.

M. Segal (Lwów).

W sprawie badania drożności trąbek zapomocą przedmuchiwania. A. MANDELSZTAMM. Wracz. Dieło. 11. 1934.

Zmiany w trąbkach są najczęstszą przyczyną niepłodności. Zbyt pochopne rozpoznawanie mięśniaków macicy i torbieli jajnikowych, jako niewątpliwej przyczyny niepłodności, jest niesłuszne, gdyż w połowie przypadków istotną przyczyną niepłodności była niedrożność trąbek.

Jako jedną z częstszych przyczyn niepłodności uważa a. niedrożność trąbek po przerwaniach ciąży, zresztą *lege artis* wykonanych bez powikłań. Na 600 przypadków tej grupy stwierdzono niedrożność trąbek w 60%. Jest to zdaniem a. również jedna z przyczyn częstych ciąż pozamacicznych, spostrzeganych przez a. w ostatnich 8—10 latach. Wstrzykiwanie jodyny do macicy celem przerwania lub zapobiegania ciąży jest również jedną z przyczyn niepłodności. Przy profilaktycznych wstrzykiwaniach jodyna dzięki ruchom antyperystaltycznym dostaje się do trąbek, a po częstem stosowaniu wywołuje zawsze zmiany zapalne trąbek i tem tłumaczy się powodzenie tego sposobu wśród pacjentek jako pewnego środka zapobiegawczego. A. obserwował 192 przypadki niedrożności trąbek po wstrzykiwaniach jodyny do macicy; uważa sposób ten za niebezpieczny i szkodliwy, lecz niestety szeroko rozpowszechniony wśród pacjentek.

Żądanie niektórych aa. usuwania drugiej trąbki po przebytej ciąży pozamacicznej jest niesłuszne; na ogólną liczbę 59 przypadków okazało się, że druga trąbka była drożna w 31 przypadkach, drożność upośledzona w 4 przypadkach, a niedrożność w 24 przypadkach. Tem bardziej, że wiadomo z doświadczenia klinicznego, iż po przebytej ciąży pozamacicznej ciąża normalna (wewnątrzmaciczna) zdarza się 4—6 razy częściej aniżeli powtórna ciąża pozamaciczna.

Wielu lekarzy stosuje chętniej dla celów rozpoznawczych salpingografję niż przedmuchanie, uważając przedmuchania za zabieg mniej bezpieczny i mniej dokładny. A. stwierdza, że nie są to metody „konkurencyjne", lecz wzajemnie się uzupełniające.

Jakkolwiek salpingografja często nie wykazuje obecności płynu kontrastowego w jamie brzusznej, to jeszcze nie mamy absolutnej pewności, że trąbki są niedrożne, gdyż gęsta jodipina lub lipjodol mogą nie przejść przez światło trąbki jednak drożnej dla powietrza. W 2 przypadkach zupełnej niedrożności trąbek stwierdzanej dwukrotnie zapomocą salpingografji — wykonano laparotomję. Przedmuchanie przy otwartej jamie brzusznej wykazało trąbki infantylne, lecz niezmienione, drożne po zastosowaniu znaczniejszego ciśnienia.

Jeżeli chodzi o niebezpieczeństwa związane z salpingografją, to według zebranej przez Gaussa statystyki obejmującej 3000 przypadków salpingografji — zanotowano 5 przypadków śmiertelnych i 13 przypadków zapalenia narządów miednicy małej jako następstwa salpingografji. *M. Segal* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Nowy sposób diagnostyki kiły układu nerwowego. ALICE MARQUES DOS SANTOS. Rev. Sud Americ. de Med. et Chir. T. V. Nr. 8. 1934.

U chorych, dotkniętych zaburzeniami w układzie nerwowym ośrodkowym pochodzenia kiłowego i niekiłowego wykonywano nakłucie podpotylicowe, pobierano 10 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego i wprowadzano na jego miejsce $1^1/_2$ cm³ wody, podwójnie dystylowanej. Po 24 godzinach pobierano 15 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego do badania, odwirowano i barwiono sposobem Romanowskiego. U chorych z niekiłowemi zmianami układu nerwowego stwierdzono wzmożoną liczbę komórek obojętnochłonnych wielojądrzastych, zmniejszoną limfocytów i jednojądrzastych, brak komórek plazmatycznych.

A. Abdański (Krzemieniec).

W sprawie rozpoznania rzeżączki u kobiet. W. KOSTANTINOW, A. ŻARKOWSKAJA. Wracz. Dieło. Nr. 11. 1934.

Dawny klasyczny sposób rozpoznawania rzeżączki zapomocą bakterjoskopji — nie może być obecnie uważany za wystarczający, szczególnie przy powikłaniach ze strony narządu rodnego na tle przewlekłej rzeżączki (20—30% wyników dodatnich). Wartość próby serologicznej (wiązanie dopełniacza) nie została definitywnie oceniona, a odsetek rozpoznań prawidłowych waha się od 50—80%. Również próba śródskórna znalazła różną ocenę u różnych autorów.

Zdaniem aa. znaczną wartość dla rozpoznania rzeżączki przedstawia próba śródskórna, a szczególnie odczyn ogniskowy polegający na wstrzyknięciu 0,2—0,3 cm³ szczepionki gonokokowej do błony śluzowej macicy i takiej samej ilości szczepionki do błony śluzowej wchodu do pochwy. Odczyn dodatni polega na chwilowem obostrzeniu procesu, podniesieniu ciepłoty, wystąpieniu dreszczy, bólach głowy, nudności i t. p.

Rozpoznanie rzeżączki nie może ograniczyć się do poszukiwania gonokoków, lecz należy zastosować jeszcze szereg innych metod badania, jak badanie serologiczne, próba ogniskowa i śródskórna. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie metody wykrywania krętka bladego. K. IŻEWSKIJ. Klin. Med. T. XII. Nr. 10. 1934.

Sposoby polegające na wywołaniu pęcherzy na skórze (plaster kantarydynowy, ol. krotonowy) celem uzyskania materjału do badania na krętki blade — posiadają szereg niedogodności. Celem uzyskania powierzchni moknącej a. zaleca nałożenie rozżarzonej pętli platynowej i bezpośrednio potem pobranie materjału do badania. Wskutek przyżegania wykwitów kiłowych następuje wzmożony przypływ surowicy z głębi, przyczem krętki blade zostają przeniesione z prądem krwi ku powierzchni skóry. O ile nie pobiera się materjału do badania bezpośrednio, to powstająca leukocytoza i proces zapalny mogą utrudnić wykrycie krętka. A. przytacza szereg przypadków wykrycia krętka tą metodą, podczas gdy inne sposoby badania zawiodły.

M. Segal (Lwów).

Nowy sposób leczenia tocznia (lupus vulgaris). W. RICHTER. Münch. med. Woch. Nr. 17. 1934.

Autor leczył toczeń *(lupus vulgaris)* i rumień stwardniały bazinowski *(erythema induratum Bazin)* zapomocą ektebiny. Chociaż ilość całkowicie wyleczonych przypadków jest stosunkowo mała, czuje się autor upoważnionym do opublikowania swej metody i do zachęcania do dalszych badań. Sposób leczenia jest łatwy i tani. Nowy ten sposób leczenia opiera się na założeniu, że przez miejscowe stosowanie tuberkuliny w połączeniu z naświetlaniem słońcem górskiem biologiczne i czynnościowe procesy lecznicze nabierają maksymalnej aktywności.

Dr. Bader (Warszawa).

Medycyna sądowa i psychjatrja.

Wpływ krwi i wydzielin zwierzęcych na wyniki badań sądowo-lekarskich w dziedzinie grup krwi. TADEUSZ KOŁACZYŃSKI. Czas. Sąd.-Lek. Nr. 4. 1934.

Autor na podstawie badań narzędzi służących do uboju zwierząt dochodzi do wniosku, że krew zwierząt posiada zdolność wiązania przeciwciał grupowych ludzkich, zwraca też uwagę na możliwość zanieczyszczenia liców sądowych przez elementy grupowe zwierząt, a tem samem na mogące wyniknąć błędy w ocenie.

Odróżnienie lub oddzielenie elementów grupowych zwierzęcych od ludzkich jest dotychczas niemożliwe.

W. D. (Lwów).

Samobójstwo z punktu widzenia sądowo-lekarskiego. W. GRZYWO-DĄBROWSKI. Czas. Sąd.-Lek. Nr. 4. 1934.

Odróżnienie zbrodniczego powieszenia lub zadzierzgnięcia od samobójczego lub wypadkowego może nastręczyć w pewnych przypadkach wiele trudności. Autor kierując się tą myślą, omawia szczegółowo poszczególne rodzaje śmierci przez powieszenie i zadzierzgnięcie, przytaczając liczne przykłady z kazuistyki własnej i obcej. *W. D.* (Lwów).

Samobójstwa w Warszawie w roku 1933. W. GRZYWO-DĄBROWSKI. Czas. Sąd.-Lek. Nr. 4. 1934.

Autor podaje zestawienie statystyczne samobójstw popełnionych w Warszawie w r. 1933. Zestawienie to wykazuje przewagę zamachów samobójczych kobiet, jednak większą śmiertelność u mężczyzn, przyczem w celu pozbawienia się życia posługiwano się najczęściej truciznami, natomiast najczęstszą przyczyną samobójstw były złe warunki materjalne. *W. D.* (Lwów).

Postrzał głowy — usiłowanie samobójstwa lub zabójstwa, czy symulacja? St. MANCZARSKI. Czas. Sąd.-Lek. Nr. 4. 1934.

Autor omawia niezwykły przypadek usiłowanego zabójstwa dokonanego bronią palną wśród wyjątkowych okoliczności, przyczem w toku śledztwa wyłoniły się pewne trudności wobec podejrzenia zamachu samobójczego lub symulacji zabójstwa.

W. D. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Polska Akademja Umiejętności.
IV. Wydział lekarski.

Posiedzenie z dnia 25 marca 1935 r.

Przewodniczący: dyr. H. Hoyer.

Czł. J. Modrakowski przedstawił pracę p. J. W. Supniewskiego, E. Taschnera i J. Hano p. t. *Własności farmakologiczne alloksazyny.*

Alloksazyna jest substancją macierzystą lumichromu, podczas gdy lumiflawina (9-metyloalloksazyna) jest substancją macierzystą lumilaktoflawiny. Ciała te posiadają bardzo różne własności farmakologiczne. Pochodna dwusodowa alloksazyny, wstrzyknięta podskórnie, jest dziesięć razy mniej toksyczna od pochodnej jednosodowej lumiflawiny.

Alloksazyna wywołuje obniżenie ciśnienia krwi przez działanie depresyjne na serce, podczas gdy lumiflawina podnosi ciśnienie krwi, działając pobudzająco na serce.

W doświadczeniach perfuzyjnych alloksazyna rozszerza naczynia kończyn oraz naczynia wieńcowe serca królika: lumiflawina działa na te naczynia krwionośne kurczaco. Alloksazyna i lumiflawina kurczą naczynia jelitowe królika.

Ciała te wywierają silne działanie toksyczne na wyosobnione serca królika. Początkowo pobudzają je do szybszych i silniejszyc skurczów, potem działają na skurcze te depresyjnie oraz ostatecznie porażają mięsień sercowy. Oba te ciała są względnie nietoksyczne dla wyosobnionego serca żaby.

Alloksazyna i lumiflawina działają silnie moczopędnie. Alloksazyna pobudza ośrodek oddechowy; lumiflawina przedewszystkiem działa nań depresyjnie.

Alloksazyna hamuje ruchy i obniża napięcie *(tonus)* wyosobnionych jelit królika i wyosobnionego przełyku żaby; lumiflawina w niewielkich stężeniach podnosi napięcie tych narządów oraz zwiększa ich skurcze robaczkowe. Duże dawki alloksazyny obniżają napięcie i hamują ruchy tych wyosobnionych narządów.

Lumiflawina uczula wyosobnione serce żaby i wyosobniony przełyk tego zwierzęcia na zabójcze działanie widzialnego światła; alloksazyna nie wywiera tego działania uczulającego.

(Z Zakładu Farmakologji U. J. w Krakowie).

Czł. K. Lewkowicz przedstawił swoją pracę p. t. *Wszelkie ogólne samoistne zapalenia opon — zatem zapalenia nagminne, zwykłe, ropne i gruźlicze — powstają na drodze splotowej.*

Opierając się na dodatkowem zbadaniu preparatów splotowych z dwóch bardzo wczesnych przypadków zapalenia opon

nagminnego, na opracowanych histologicznie przypadkach zapalenia ropnego zwykłego i na zmianach, stwierdzonych w przypadku zapalenia gruźliczego opon, w którem śmierć nastąpiła bardzo wcześnie skutkiem podstawowej gruźlicy prosówkowej, dochodzi autor do następujących wniosków:

Zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych ogólne, samoistne t. j. zapalenia rozwijające się na tle rozsiewania się zarazków drogą krwi, są następstwem powstawania drobnych ognisk przerzutowych w splotach naczyniowych mózgowia, otwierania się następnie tych ognisk do światła komór mózgowych i wysiewania się tą drogą zarazków, zawartych w ogniskach, do płynu mózgowo - rdzeniowego, który unosi je i rozsiewa po przestrzeni podpajęczynówkowej.

Przedewszystkiem wchodzą tu w rachubę ogniska przerzutowe, powstające pierwotnie jako skrzepy zakaźne drobnych naczyń w kosmkach, gdyż są one oddzielone od światła komór tylko cienką i wiotką tkanką łączną podścieliskową oraz pokrywającą ją jedną warstwą komórek nabłonkowych. Muszą one zatem przebijać prawie bezpośrednio po powstaniu.

Podobne ogniska, wychodzące z drobnych naczyń podstawy splotów, są przedewszystkiem znacznie mniej liczne od powstających równocześnie ognisk kosmkowych. Biorąca z nich początek sprawa szerzy się przytem początkowo w wiotkiej tkance, rozdzielającej znajdujące się tutaj liczne naczyńka, a ruchy tych naczyń, głównie oczywiście tętniczek, muszą niewątpliwie brać czynny udział w rozprzestrzenianiu się zakażenia. W związku z temi stosunkami anatomicznemi przebicie następuje tu stosunkowo późno.

W zapaleniu gruźliczem głównem źródłem wysiewu prątków są gruzełki kosmkowe, które ulegają bardzo szybko rozpadowi, przyczem oddzielają się nietylko strzępy tkanki, ale nawet całe komórki olbrzymie. Dzieje się to dlatego, że gruzełki kosmkowe nie przylegają do żadnej tkanki, mogącej im dostarczyć z obwodu soków odżywczych, i że podlegają macerującemu działaniu płynu mózgowo - rdzeniowego. Zapalnotwórczo mogą w oponach działać nietylko same prątki, ale także ich jady i skażone ciała białkowate, powstałe z rozpadu gruzełków.

W tem zapatrywaniu na powstawanie zapaleń oponowych staje się zupełnie zbyteczne przyjmowanie czyto jakiejś szczególnej podatności opon na zakażenie, czy znów wybiórczego powinowactwa zarazków do opon.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół zebrania naukowego z dnia 21 marca 1934 r.

Pokazy. 1. Kol. Nasiłowski. (Z Centr. Ośrodka Lecz. Chorób Dzieci Ubezp. Społ. w Sosnowcu).

Pokaz 10-miesięcznego niemowlęcia z objawami gruźlicy kostnostawowej i skórnej. Według obliczeń, opartych na wywiadach, zakażenie nastąpiło w I. kwartale życia od dziadka zmarłego później na gruźlicę w szpitalu. Rozpoznanie klinicystów: „ropień (zimny?) stopy lewej , „zapalenie błon maziowych stawu skokowego górnego" „nacieczenia tkanki podskórnej w wielu miejscach". Rentgenolog (Kol. Osiński) stwierdził „zapalenie stawu skokowego górnego" (klisza).

Stan w dniu 13. I. r. b. Niemowlę 7 mies., pierwsze dziecko rodziców zdrowych, karmione piersią. Waga 7.040 g. Ciepłota ciała normalna. Obrzęk stawu skok. lewego, tuberkulidy na tułowiu i kończynach. Objawów chorobowych ze strony dróg oddechowych nie stwierdzono. Odczyn Pirquet'a silnie dodatni. Odczyn Wa i M. z surowicami krwi dziecka i rodziców ujemne.

Leczenie: odpowiednie odżywianie, świeże powietrze, naświetlania lampą kwarcową stawu skokowego, kąpiele solankowe sztuczne.

Po 9 tyg. stwierdza się poprawę stanu ogólnego. Waga 7.700 g; zmniejszenie obrzęku stawowego i tuberkulidów. Dziecko nie gorączkowało i nie kaszlało przez cały czas spostrzegania. Nasuwały się znaczne trudności rozpoznawcze. Rzadko spotyka się zmiany gruźlicze kostno - stawowe w tym wieku.

W dyskusji zabierali głos Kol. Trawiński, Gruszkiewicz, Welfe, Osiński, kwestjonując tło gruźlicze sprawy oraz podkreślając rzadkość gruźlicy kostno-stawowej u niemowląt.

2. Kol. Bieńkowski pokazuje *przypadek naczyniaka rozległego twarzy u 11-miesięcznej dziewczynki* z ambulatorjum chirurgicznego — Wawel. W przypadku tym zastosowano leczenie radem w Instytucie im. Curie - Skłodowskiej w Warszawie, przyczem dziecko otrzymało dopiero jedno naświetlenie. Wynik już widoczny i w sensie kosmetycznym dodatni.

Dziecko będzie pokazane ponownie po ukończeniu leczenia i uzyskaniu wyniku ostatecznego.

W dyskusji Kol. Sokołowski, Trawiński i Welfe wspominają o niebezpieczeństwie spowodu rozrostu naczyniaków i niekorzystnem oddziaływaniu promieni radu na oko i nerw wzrokowy.

3. Kol. Sokołowski przedstawia *przypadek zapalenia grudkowego oka po atropinie.*

4. Kol. Lipnicki pokazuje *przypadek przedziurawionego wrzodu żołądka u mężczyzny 48-letniego,* operowanego w 40 godzin (!) od wypadku. Przedziurawienie znajdowało się na przedniej ścianie żołądka tuż przy odźwierniku, ściana żołądka była bardzo krucha tak, że szwy jedwabne użyte do obszycia przedziurawienia rwały ścianę z całą łatwością. Poprzestano wobec tego na pokryciu otworu kawałkiem sieci dokładnie obszytej dokoła przedziurawienia.

Dobry wynik w tak późnym okresie wkroczenia operacyjnego można tłumaczyć tem, że pacjent miał próżny żołądek, (przy końcu dniówki), a otwór w żołądku był niewielki i częściowo przykryty więzadłem sierpowatem.

5. Kol. Bieńkowski przedstawia *przypadek kamicy nerkowej u 40-letniego mężczyzny,* leczonego na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Sieleckiego. Sprawa ciągnęła się od szeregu lat i połączona była z typowemi napadami bólów, zaburzeniami w oddawaniu moczu i odchodzeniem (wraz z moczem) drobnych kamieni. Badanie rentgenologiczne wykazało obecność dość dużego kamienia, usadowionego w górnym odcinku lewego moczowodu. Ostatecznie chory był operowany. Zabiegu dokonał ordynator oddziału, Dr. M. Trawiński.

Nacięcie moczowodu i usunięcie kamienia. Nerka powiększona wskutek rozszerzenia kielichów i miedniczek w następstwie zatrzymywania się moczu.

Dalej podkreślić należy tę okoliczność, że chory oddawna cierpiał na uporczywą fosfaturję przy alkalicznem oddziaływaniu moczu. Jest to swego rodzaju skaza, której istota nie jest jeszcze dostatecznie zbadana, a która, jak widzimy z tego przypadku, może się stać przyczyną powstawania kamieni w drogach moczowych.

6. Kol. M. Trawiński pokazuje chłopca, 11 lat, u którego zastosował *leczenie krwawe spowodu złamania kości udowej ze znacznem przemieszczeniem odłamków.*

Wobec skośnego typu złamania, odłamy związał, po ścisłem ich dostosowaniu kilkoma pętlami jedwabiu grubego. Przebieg pooperacyjny gładki. Nastąpił mocny zrost w doskonałem ustawieniu (pokazuje zdjęcia rentgenowskie przed i pooperacyjne).

Nadto wczesne leczenie mobilizacyjne zapewniło pełną ruchomość stawów.

Obecnie — w 2 miesiące po operacji — wszystko wróciło do normy, chodzi swobodnie. O przebytem cierpieniu świadczy tylko blizna pooperacyjna.

W dyskusji nad przedstawionemi przypadkami zabierali głos Kol. Trawiński, Witkowski, Osiński i Nasiłowski.

7. Kol. Suchodolski przedstawia pacjentkę z *endarteriitis obliterans arteriae femoralis,* pozostawiając omówienie sprawy do następnego zebrania naukowego oraz przypadek po operacji brzusznej: *wycięcie macicy z przydatkami* z następczem porażeniem nerwu twarzowego.

Na tem zebranie zakończono.

Prezes: *Dr. K. Suchodolski*
Sekretarz: *Dr. F. Sztuka.*

Towarzystwo Lekarskie Łuckie.

Sprawozdanie z działalności Łuckiego T-wa Lekarskiego za rok 1934.

Rok 1934 był 15-tym rokiem istnienia T-wa.

Na początku roku sprawozdawczego T-wo liczyło 30 członków. W ciągu roku przybyło 7 nowych członków, mianowicie Kol. Jasińska Celina, Jakszewicz Franciszek, Kowalski Seweryn, Zarycki Ludomir, Biłobran Franciszek, Tumalewicz Wacław i Goldberg Szmul. Dnia 1 października Kol. Jakszewicz wyjechał na pół roku do Warszawy, pozostając w T-wie jako członek korespondent.

W dniu 1 stycznia 1935 roku T-wo liczyło 37 członków w tem 1 honorowy i 1 korespondent.

W skład Zarządu T-wa wchodzili: Kol. Jasiński Mieczysław — prezes, Kol. Mininzon Józef — wiceprezes, Wojnicz Adam — sekretarz stały, Pemow Fridman — skarbnik, Olszewski Lucjan — bibljotekarz i kust. muzeum anat. pat., Żytyński Wacław — członek Zarządu, Wiński Jan — sekretarz doroczny.

Komisję Rewizyjną stanowili Kol. Biskupski Antoni, Zaleski Mikołaj i Drewnowski Jerzy.

W roku sprawozdawczym odbyło się 17 posiedzeń T-wa, w tem jedno doroczne walne i jedno nadzwyczajne.

Zarząd zbierał się na posiedzenia 9 razy.

Posiedzenia T-wa odbywały się w lokalu własnym przy ul. 3-go Maja 9, w piątki dwa razy miesięcznie, za wyjątkiem 2 miesięcy letnich lipca i sierpnia, w których posiedzenia uległy zawieszeniu. Na posiedzeniach bywało przeciętnie 17 członków.

Ósme posiedzenie T-wa będące jednocześnie zebraniem organizacyjnem Łuckiego Oddziału Polskiego T-wa Eugenicznego, odbyło się dnia 10. VI. 1934 r. w sali konferencyjnej Urzędu Wojewódzkiego w obecności 44 osób. Na posiedzeniu tem gość z Warszawy prezes Polsk. T-wa Eugenicznego Dr. Leon Wernic wygłosił odczyt p. t. *„Cele i zadania eugeniki"*.

Na posiedzeniu w dniu 1. VI. 1934 r. przedstawiciel firmy „Bayer" p. mag. farm. M. Dudel wyświetlał filmy naukowe: Avertina i 2) Vigantol.

W dniu 27. IV. 1934 r. z okazji zjazdu w Łucku wychowawców fizycznych szkół Wołynia zwołane było wspólne posiedzenie lekarzy i wychowawców fizycznych; posiedzenie to poświęcone było zagadnieniom wychowania fizycznego; na posiedzeniu tem kol. Jakszewicz wygłosił referat p. t. *„Postulaty higjeny i profilaktyki w wychowaniu fizycznem oraz jego rozwój na Wołyniu"*. Jako uzupełnienie referatu w państwowem gimnazjum w Łucku przeprowadzona była przez prof. Kondratowicza pokazowa lekcja gimnastyki z pogadanką wygłoszoną przez niego na temat: *„Zagadnienia gimnastyki zdrowotno - wychowawczej*.

W roku sprawozdawczym wygłoszone były w T-wie następujące referaty i odczyty oraz odbyły się pokazy:

1. Kol. Baksztowa Sima i kol. Pemow pokazali chorą, lat 24, z tętniakiem aorty wstępującej na tle kiłowem.

2. Kol. Bobrow wygłosił odczyt p. t. *„Wrażenia z IX Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie"*.

3. Kol. Habich podał sprawozdanie z przebiegu epidemji czerwonki w województwie wołyńskiem w roku 1934 oraz zaznajomił z zarządzeniami władz sanitarnych w walce z tą epidemją.

4. Kol. Jackiewicz omówił przypadek ostrego zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu żołądka.

5. Kol. Jakszewicz wygłosił referat p. t. *„Postulaty higjeny i profilaktyki w wychowaniu fizycznem oraz rozwój jego na Wołyniu"*.

6. Kol. Jasiński a) podał wyniki swojej pracy doświadczalnej w odczycie p .t. *„O wpływie mechanicznego ciśnienia na fizyko - chemiczne cechy twardówki oka"* b) pokazał chorego lat 12, u którego badanie wykazało wybitne tarcze zastoinowe obustronne i ograniczenie ruchu lewej gałki ocznej w zakresie działania *nervi abducentis*, po upływie zaś 3 miesięcy nastąpił zanik nerwów wzrokowych; c) zademonstrował chorego operowanego przez niego spowodu łuszczki jagliczej sposobem własnego pomysłu; d) wygłosił okolicznościowe przemówienia w Urzędzie Wojewódzkim przy zagajeniu zebrania organizacyjnego Łuckiego Oddz. Polsk. T-wa Eugenicznego oraz w gimnazjum państwowem po zakończeniu pokazowej lekcji gimnastyki.

7. Kol. Jelin - Elin zdał sprawozdanie z odbytego w Warszawie w marcu 1934 r. IX kursu trachomatologji i okulistyki klinicznej.

8. Kol. Kowalski podał *przypadek kamicy żółciowej u kobiety lat 28*, operowanej przez niego w szpitalu powiatowym w Łucku i poruszył sprawę wskazań do zabiegu chirurgicznego przy schorzeniach dróg żółciowych.

9. Kol. Kowalski i Kol. Kubaszewski demonstrowali następujących chorych ze szpitala powiatowego:

a) chorego lat 30 z objawami porażenia rdzeniowego po zranieniu nożem w okolicę karku,

b) chorego lat 34 z tętniakiem tętnicy udowej prawej po zranieniu nożem,

c) chorą lat 36, u której pod koniec 9-tej ciąży rozwinęło się rozmiękczenie kości (osteomalacja) i nastąpiły samoistne złamania obu kości udowych,

d) chorą, lat 40, operowaną spowodu kamicy żółciowej i usunięto u niej woreczek żółciowy zawierający 279 (!) kamyków żółciowych,

e) pokazali preparat nerki usuniętej spowodu gruźlicy.

Żywy udział w omówieniu tych przypadków brali koledzy praktykanci: koleżanka Sznajder-Rączyńska i kol. Kaczka i M. Wysocki.

10. Kol. Lipiński: a) zdał sprawozdanie ze zjazdu delegatów Polskiego T-wa Eugenicznego w Łodzi, b) pokazał chorego z owrzodzeniem dziąseł w okolicy siekaczy dolnych *(ulcus durum)*.

11. Kol. Mininzon: a) zabierał głos w kwestji zorganizowania w Łucku ośrodka zwalczania raka (T-wa Przeciwrakowego), wygłaszając dłuższe przemówienie, b) pokazał chorego, lat 45, z przetokami pod prawym kątem żuchwy po postrzale w 1916 r., u którego badanie rentgenowskie wykazało obecność martwiaka i drobnych odłamków z pocisku, c) omówił przypadek ciąży pozamacicznej jajowodowej, operowanej przez niego i pokazał preparat anatomopatologiczny, d) demonstrował chorego, lat 42, z dużą przepukliną pachwinową prawostronną powstałą rzekomo przed 3 tygodniami po podniesieniu ciężaru.

12. Kol. Olszewski podał wynik badania krwi, dokonanego przez niego na zlecenie sądu celem ustalenia ojcostwa.

13. Kol. Ptic: a) pokazał zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej wykonane na papierze negatywowym, b) podał przypadek wyrośli kostnych obu kości ramieniowych i obu przedramieni oraz pokazał zdjęcie rentgenowskie dotyczące tego przypadku.

14. Kol. Radwański demonstrował pacjentkę, lat 51, z objawami nerwowemi po uszkodzeniu czaszki, u której zdjęcie rentgenowskie wykazało obecność kuli w okolicy potylicznej i duży ubytek lewej kości ciemieniowej.

15. Kol. Razenkranc wygłosił odczyt p. t. *„Patologja przysadki mózgowej"*.

16. Kol. Wiński: a) wygłosił odczyt p. t. *„Marja Curie-Skłodowska — jej twórczość naukowa"*,

b) omówił dwa przypadki prosówki i pokazał zdjęcia płuc tych chorych.

17. Kol. Wojnicz wygłosił następujące odczyty:

a) *„Z dziedziny opieki lekarskiej nad chorymi"*,

b) *„Postępowanie w ostrem zapaleniu otrzewnej"*,

c) *„O niedrożności jelit"*, pozatem d) omówił dwa przypadki laparotomji wykonanej przez niego w szpitalu powiatowym; w pierwszym z nich chodziło o skręt esicy, w drugim o zranienie postrzałowe wątroby z dużym wylewem krwi do jamy brzusznej.

18. Kol. Zawidzki podał kilka szczegółów z obserwacji nad chorymi na czerwonkę ze szpitala zakaźnego w Łucku.

19. Kol. Zarycki wygłosił odczyt p. t. *„O przetaczaniu krwi"*.

20. Kol. Żytyński przedstawił chorego lat 57, u którego w 1925 roku rozwinęło się ciemnosinawe zabarwienie skóry całego ciała, najwyraźniej zaznaczające się na twarzy i szyi. Osobliwością przypadku w odróżnieniu od choroby Addisona jest wyraźny sinawy odcień zabarwienia skóry.

Organem T-wa były wychodzące w Poznaniu „Nowiny Lekarskie", w których drukowane były protokóły posiedzeń T-wa. Krótkie sprawozdania z działalności T-wa w liczbie 8 za 1934 rok umieszczone były również w miejscowej gazecie „Wołyń".

Two posiada bibljotekę i czytelnię oraz muzeum anatomopatologiczne w lokalu własnym. W roku 1934, jak i w latach poprzednich Łuckie T-wo Lekarskie w miarę możności brało udział w życiu społecznem, nie odmawiało też skromnej pomocy materjalnej innym organizacjom zwracającym się do niego o poparcie finansowe.

Sekretarz: *Dr. W. Lipiński.*

Koło Polskiego Towarzystwa badań naukowych nad gruźlicą.

Protokół pierwszego naukowego posiedzenia z dnia 26 marca 1935.

Przewodniczący: Prym. Dr. L. Węgrzynowski.

Na wstępie przewodniczący podniósł wielkie znaczenie, jakie będą miały badania naukowe nad gruźlicą, skoro uzyskały możność stworzenia sobie odpowiednich pracowni do tego celu wyposażonych w odpowiednie środki pomocnicze. Wydatną pomocą w kierunku rozwoju badań naukowych nad gruźlicą będą fundusze, jakiemi centrala T-wa w Warszawie rozporządza. Przewodniczący podziękował zebranym za liczne jawienie się na tem pierwszem posiedzeniu, wzywając zebranych do owocnej pracy.

Po tym wstępie udzielił głosu Dr. Krasowskiej, która wygłosiła referat, p. t.: *O wpływie stosowania pasów na przebieg gorączki w gruźlicy płuc.* Prelegentka stosowała ucisk mechaniczny na klatkę piersiową pasem skórzanym w przypadkach gruźlicy płuc o różnej lokalizacji. Jako miernik wpływu stosowania tej metody przyjęła zachowanie się ciepłoty ciała u chorych. Obserwacje jej wykazały, że w wielu przypadkach zmian płucnych można uzyskać spadek ciepłoty ciała, stosując ucisk pasem na klatkę piersiową i uważa ten sposób postępowania jako przedewszystkiem doskonały wskaźnik do zastosowania sztucznego otoku powietrznego. W przypadkach, w których zmiany

obustronne nie pozwalają na stosowanie leczenia chirurgicznego, a są przeważnie umieszczone w górnych płatach, ucisk pasem może być nawet skutecznie stosowany jako środek leczniczy, co tłumaczy zmiennemi warunkami oddychania głównie przeponą. Spotykany czasem po założeniu pasa wzrost ciepłoty ciała wywołany jest mechanicznem wyciśnięciem jadów z ognisk gruźliczych i porównuje tę reakcję do wstrzyknięcia tuberkuliny.

W dyskusji: 1. Prym. Dr. Węgrzynowski zaznaczył, że pasy zastosowano w lecznicy w Hołosku, wzorując się na stosowanych w Otwocku uciskach plastrami. Te niejednokrotnie wywołują odparzenia skóry klatki piersiowej, a pas umieszczony na odpowiednich poduszeczkach nie uszkadza nigdy skóry chorego.

2. Prym. Dr. Tomanek, przytacza własne doświadczenia, w których uzyskiwał podniesienie się krzywej gorączkowej po forsownych oddechach u chorych, co stanowi przeciwieństwo ucisku pasem. Wyżej stawia jednak ucisk plastrami, które ustalają tylko, zwłaszcza przy jednostronnej sprawie, chore płuco, a nie zmniejszają przewietrzenia płuca zdrowego.

3. Prym. Dr. Tyszka nie radzi zakładać pasa przed założeniem sztucznej odmy, gdyż chorzy często uchylają się od odmy, skoro stwierdzają spadek ciepłoty po pasie. Poleca jednak stosowanie pasa tam, gdzie założenie odmy z powodów technicznych stało się niemożliwe.

4. Dr. Berger nie uważa pasa za środek leczniczy, lecz jako wskaźnik do odmy. Przypisuje mu raczej psychiczny wpływ na samopoczucie chorego.

5. Dr. Bickeles wtrąca luźną uwagę dotyczącą zmiany pojęć. Niegdyś obwiniano gorsety jako czynnik umożliwiający przez złe przewietrzenie płuc rozwój gruźlicy w płucach, dzisiaj zaś stosuje się podobne zabiegi w celach leczniczych.

6. Prym. Dr. Tomanek wyżej stawia odmę. W wypadkach przeszkód mechanicznych w założeniu odmy woli plastry, niż pas.

7. Dr. Karczyński przytacza doświadczenia Dr. Misiewiczówny, która zakładała królikom odmę jednostronną, przy zdrowych płucach i stwierdziła po insuflacji prątkami zmiany w płucu nieuciśniętem.

8. Dr. Kielanowski zastanawia się nad tem, czy podniesienie się ciepłoty ciała po pasie jest wynikiem analogicznym, jak reakcja po tuberkulinie, czy też jest to dowodem powstania nowych ognisk specyficznych.

9. Dr. Sosin stwierdza różnicę między uciskiem wywołanym sztuczną odmą, a mniejszą powietrznością płuca przy zastosowaniu pasa.

10. Dr. Berger uważa, że zwyżki ciepłoty po pasie odpowiadają podobnym zwyżkom bezpośrednio po zastosowaniu odmy w pierwszych jej okresach, i przemawiają za mechanicznem wyciśnięciem jadów z ognisk gruźliczych, a nie za powstaniem nowych ognisk.

11. Dr. Pieniążek nie radzi przy jednostronnych zmianach zakładać pasa, lecz tylko przy obustronnych i to umiejscowionych w górnych partjach płuc. Zwraca uwagę, że tor oddechowy nie pozostaje tu bez znaczenia.

12. Prym. Dr. Tomanek proponuje zależnie od toru oddechowego zakładać pas w odpowiednich miejscach klatki piersiowej.

13. Prym. Dr. Tyszka zwraca uwagę, że spadek ciepłoty ciała można stwierdzić u chorych już po parodniowem ułożeniu ich w łóżku. Przestrzega przed przypisywaniem efektu pasa w tych wypadkach do samego pasa, jeżeli stosuje się go zaraz po przybyciu chorego do lecznicy.

14. Dr. Berger przytacza przypadek własnej obserwacji, w którym u chorego pozostającego w łóżku przez dłuższy czas i gorączkującego, pas spowodował wydatną zniżkę ciepłoty ciała.

15. Prym. Dr. Węgrzynowski kończy dyskusję uwagą, że lecznica w Hołosku rozporządza dłuższą obserwacją chorych przed założeniem pasa.

Skolei wystąpił Prym. Dr. Węgrzynowski z wnioskiem zajęcia się opracowaniem szczegółowego planu walki z gruźlicą w mieście Lwowie.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. L. Ptaszek.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. płk. dr. Władysław Osmolski.

Urodzony w roku 1883 w Warszawie, studja medyczne odbywał w Dorpacie, poczem doktoryzował się na Uniwersytecie Jagiellońskim (1922). Od początku wojny światowej widzimy Go w szeregach lekarzy wojskowych, piastującego coraz wyższe stanowiska, ostatnio szefa sanitarnego O. K. VII w Poznaniu. Wcześnie jednak specjalizuje się w teorji wychowania fizycznego, a dużo zamiłowanie i rozległa wiedza, wspierana licznemi podróżami zagranicę, wyraża się w licznych odczytach i publikacjach, jak również w spełnianiu odpowiedzialnych czynności w tym zakresie. I tak w zaraniu odrodzonego Państwa Polskiego działa jako referent wychowania fizycznego w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, później jako szef takiegoż Wydziału w Ministerstwie Spraw Wojskowych, od roku 1926 jako dowódca Centralnej Szkoły Gimnastyki i Sportów w Poznaniu, poczem (1930) obejmuje wspaniale urządzony Centralny Instytut Wychowania Fizycznego na Bielanach pod Warszawą, zasłużywszy się wielce około jego założenia. Uczestniczył we wszystkich ważniejszych poczynaniach tej dziedziny, jako członek Naukowej Rady Wychowania Fizycznego, komitetów redakcyjnych czasopism specjalnych, delegat na zjazdy krajowe i międzynarodowe i t. p. Zmarł przedwcześnie, podczas podróży, którą przedsięwziął w charakterze doradcy sanitarnego Rzeczypospolitej Liberyjskiej. Cześć Jego pamięci! *E. P.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Doc. U. J. dr. med. i fil. Tadeusz Bilikiewicz, mianowany został ordynatorem w Zakładzie Psychjatrycznym w Kocborowie (Pomorze).

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XIV posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lek. poświęcone hydro -i klimatologji polskiej odbyło się dnia 26 kwietnia 1935. Porządek dzienny: 1. Kol. Ziembicki W.: Najstarsze polskie zdroje mineralne (wykład). 2. Kol. Sabatowski A.: O leczeniu solankowem pod otwartem niebem (wykład). 3. Kol. Koskowski W.: O działaniu czynników chemicznych i fizycznych zdrojów polskich (wykład). 4. Kol. Rencki R.: Morszyn-Zdrój, jego rozwój i potrzeby w najbliższej przyszłości (wykład). 5. Kol. Papierkowski J.: Farmakodynamiczne i terapeutyczne własności wody ze zdroju „Karola" w Iwoniczu. Badania z hydrologji eksperymentalnej (wykład).

Komunikaty.

Kurs Dokształcający dla Lekarzy odbędzie się od 18—20 maja 1935 r. w zdrojowisku Kudowa, prowincji wrocławskiej w Niemczech. Temat: o wewnętrznem wydzielaniu. Referaty: Prof. Dr. v. Bergmann z Berlina: Korelacje w dziedzinie wydzielania wewnętrznego. Prof. Dr. Wagner z Berlina: Fizjologja i patologja wewnętrznego wydzielania jajników. Prof. Dr. Gutzeit z Wrocławia: Wewnętrzne wydzielanie a choroby żołądka i jelit. Prof. Dr. Cobet z Berlina: Działanie lecznicze dwutlenku węgla. Prof. Dr. Grote z Drezna: Wydzielanie wewnętrzne a wychudzenie i otyłość. Prof. Dr. I. H. Schultz z Berlina: Wydzielanie wewnętrzne a psyche. Prof. Dr. Kötschau z Jeny: Wydzielanie wewnętrzne a biologiczna medycyna. Prof. Dr. Nonnenbruch z Pragi: Wydzielanie wewnętrzne a gospodarka wodna organizmu. Prof. Dr. Munk z Berlina: Wydzielanie wewnętrzne a choroby stawów. Prof. Dr. Hesse z Wrocławia: Farmakologja wydzielania wewnętrznego. Doc. Dr. Parade z Wrocławia: Czynność tarczycy a serce. Doc. Dr. Bastanier z Berlina: Wydzielanie wewnętrzne a homeopatja. — Opłata ryczałtowa: za uczestnictwo w kursie, mieszkanie z pełnem utrzymaniem w najlepszych pensjonatach od 17—20 maja, wieczorki towarzyskie, wycieczki i t. d. mkn. 35. Informacyj udziela *„Badenverwaltung Kudowa", Bezirk Breslau, Deutschland.* Powyższy kurs urządzają: Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen, Deutsche Gesellschaft für Bäder und Klimakunde. Aerzteverein Kudowa, Badeverwaltung Kudowa.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. Celem rozbudzenia i ożywienia życia naukowego wśród młodych lekarzy — Zarząd Lw. Twa Lek. uchwałą z dnia 18 stycznia 1935 r. stworzył nowy typ członków t. zw. „stałych hospitantów". Warunki przyjęcia: 1) Stałym hospitantem może być lekarz, który otrzymał dyplom najwyżej przed 5 laty. 2) Stałym hospitantem można być w ramach tych 5 lat przez 3 lata. Prawa „stałego hospitanta": 1) Stały hospitant ma prawo brania udziału: a) w posiedzeniach naukowych T-wa, b) w wykładach, c) w demonstracjach, d) w dyskusjach, 2) Korzystania z bibljoteki T-wa. 3) Nie ma prawa głosowania. 4) Opłata wynosi 6 zł rocznie (w 2 ratach po 3 zł). 5) Prenumerata Pol. Gaz. Lek. dla stałych hospitantów Lw. T-wa Lek. wynosi 5 zł. kwartalnie (nie jest obowiązkowa).

Różne.

Francja.

Dr. Leonard Chwat w swym liście z Paryża, szkicując związek między literaturą a medycyną we Francji, podaje, że we Francji wychodzi szereg pism perjodycznych lekarskich poświęconych sprawom literacko-artystycznym. (Warsz. Czas. Lek. 12. 1935).

Z. S. R. R.

Żona robotnika kolejowego na Kaukazie urodziła czworaczki: dwóch chłopców i dwie dziewczynki. Waga każdego noworodka wynosiła od 2.8 do 3.2 kg; dzieci są zdrowe.

Zabronioną została hodowla maku, z którego otrzymuje się opjum, i konopi indyjskich na całym terenie Sowietów, z wyjątkiem zbiorów przeznaczonych wyłącznie dla celów lekarskich.

Ukr. Instytut Medycyny Doświadczalnej organizuje pierwszą konferencję w sprawie stosowania w medycynie fal ultrakrótkich.

Laboratorjum protez dentystycznych w Moskwie produkuje miesięcznie 3.000 koron i zębów ze stali nierdzewiejącej.

Lotnictwo sanitarne w Leningradzie przeprowadziło doświadczenia z wyrzucaniem z samolotu (w locie) krwi do transfuzji dla ciężko chorych. Ładunek z krwią wyrzuca się zapomocą spadochronu; celem osłabienia siły uderzenia o ziemię — skonstruowano specjalne amortyzatory. Opracowano technikę wyrzucania i opakowania ładunku.

Japonja.

W Japonji 25% chorych szpitalnych cierpi na choroby weneryczne. Duży procent chorych wenerycznych dostarczają marynarze. Wśród chorych szpitalnych notują: 15,29% kiły, 16,23% wrzodu miękkiego i 68.48% rzeżączki. Źródłem tego zatrważającego stanu jest prostytucja, która w Japonji wykazuje, zresztą już oddawna, rozmiary wprost zadziwiające. (Med. Welt. T. VIII).

O stanie prostytucji w Japonji świadczą następujące dane: w r. 1520 miasto Kotio (a potem inne) stworzyło osobną dzielnicę dla prostytutek. W r. 1650 ukazał się zakaz uprawiania prostytucji w nocy, co sprawiło, że stała się ona potajemną. W r. 1863 wprowadzono kontrolę lekarską nad prostytutkami. W r. 1872 został zakazany tajny nierząd. W r. 1873 ustanowiono obowiązkowe badania lekarskie. W r. 1885 przyjęto 16 lat jako najniższy wiek dla prostytutek. W r. 1896 prawo japońskie zezwala na prostytucję tylko w domach otwartych. W r. 1905 powstaje w Tokjo prywatne towarzystwo dla zwalczania chorób wenerycznych. W latach od r. 1902—1912 zorganizowano systematyczną kontrolę prostytutek.

Ostatnio rozpowszechniła się w Japonji prostytucja tajna zwłaszcza wśród najbiedniejszych warstw, a nawet wśród żebraczek. Obecnie liczą w Japonji 548 dzielnic przeznaczonych dla prostytutek z 11.254 domami publicznemi. Domy te położone są przeważnie w pobliżu dworców kolejowych i portów. U około 70% badanych kobiet można wykazać dodatnie odczyny na kiłę, a u 80% tajnych prostytutek stwierdza się choroby weneryczne.

Bardzo często u dzieci japońskich spotyka się kiłę wrodzoną i rzeżączkowe zapalenie spojówek.

Redakcja otrzymała:

T. Bilikiewicz: Psychoanaliza w praktyce lekarskiej. Monogr. Lek. dla lekarzy-praktyków. Z. 4. T. II. 1935. Wyd. „Eskulap". Warszawa.

Jean Tarneaud: Le nodule de la corde vocale. Wyd. N. Maloine. Paryż. 1935.

T. Ostrowski i *Wl. Dobrzaniecki:* Paralysie faciale périphérique traitée par la gangliectomie cervicale. Odb. z „Journal de Chirurgie". T. 45. Nr. 1. 1935.

L. Strominger: La colibacillose. Wyd. Masson et Cie. Paryż. 1935.

M. Palazzoli: L'impuissance sexuelle chez l'homme. Wyd. Masson et Cie. Paryż. 1935.

A. Jacquelin: Directives en pratique médicale. Wyd. Masson et Cie. Paryż. 1935.

Pasteur Vallery-Radot & *J. Hamburger:* Les migraines. Wyd. Masson et Cie. Paryż. 1935.

A. Ravina: L'année thérapeutique. Année 1934. Wyd. Masson et Cie. Paryż. 1935.

F. Parodi: Repos physiologique du poumon par hypotension. Wyd. Masson et Cie. Paryż. 1935.

K. Kötschau: Zum Aufbau einer biologischen Medizin. T. I. Hippokrates-Verlag G. M. B. H. Stuttgart—Lipsk.

Walter Marle: Lexikon der gesamten Therapie. Bd. I. Wyd. Urban—Schwarzenberg, Berlin—Wiedeń. 1935.

W. Locy: Badacze życia. Autoryzowany przekład z angielskiego z dopełnieniami, przedmową i pod redakcją prof. dr. Jana Wilczyńskiego. Nakład Gebethnera i Wolffa. Warszawa.

J. Supniewski: Podręcznik farmakologji. Wyd. „Delta". Warszawa 1935.

J. Krzywicka: Sąd idzie. Wyd. „Rój". Warszawa. 1935.

François Moutier: Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac. Wyd. Masson, Paryż, 1935.

A. Lemierre: Maladies infectieuses. Wyd. Masson. Paryż. 1935.

P. Delmas, G. Giraud, E. Jeanbrau, E. Leenhardt, J. Margarot, V. Riche, L. Rimbaud, J. Terracol, H. Villard: L'examen du malade. Wyd. Masson, Paryż, 1935.

J. W. Holzer i *E. Weissenberg:* Grundriss der Kurzwellentherapie. Wyd. W. Maudrich, Wiedeń 1935.

Sprawozdanie Szpitala Gminy Wyznaniowej Żydowskiej w Krakowie z okresu dziesięciolecia 1925—1935. Nakładem Gminy Wyzn. Żyd. w Krakowie. Kraków, 1935.

M. Loeper: Thérapeutique médicale, VIII, Système nerveux. Wyd. Masson, Pryż, 1935.

R. Bensaude: Maladies de l'intestin. Wyd. Masson. Paryż, 1935.

H. Leclerc: Précis de phytothérapie. Wyd. Masson, Paryż, 1935.

G. Mouriquand i P. Josserand: Syndromes météoropathologiques et inadaptés urbains. Wyd. Masson. Paryż, 1935.

Paul Gibert: La Roentgenthérapie des fibromyomes de l'uterus et des métropathies hémorragiques. Wyd. Masson. Paryż, 1935.

Białostocki Związek Międzykomunalny dla założenia i utrzymania wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego: Sprawozdanie z działalności białostockiego wojewódzkiego Szpitala dla psychicznie i nerwowo chorych, za rok 1932.

Białostocki Związek Międzykomunalny dla założenia i utrzymania wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego: III Sprawozdanie z działalności białostockiego wojewódzkiego Szpitala dla psychicznie i nerwowo chorych. za rok 1933.

St. Deresz: Przepisy służbowe (Białostocki wojewódzki Szpital dla psychicznie i nerwowo chorych w Choroszczy).

J. Bogdanowicz: Cechy biologiczne wieku dojrzewania. Wyd. Książnica-Atlas, Lwów-Warszawa; Bibljoteka pedagogiczno-dydaktyczna Nr. 14.

Doraźna Pomoc Lekarska. Nr. 1—2. 1935. Miesięcznik, organ Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych oraz stacyj ratunkowych w Polsce.

Droga do Zdrowia. Nr. 1 i Nr. 2. 1935. Wydawca: Ubezpieczalnia Społeczna w Krakowie.

Artur Selzer: Die Schilddrüse bei Infektionskrankheiten. Odb. z „Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin". T. 294. Z. 2. 1935.

Heinz Botenberg: Die Blutigelbehandlung. Hipp.-Verlag. G. M. B. H. Stuttgart-Lipsk.

Stanisław Sielicki: Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w roku 1933. Warszawa. 1934.

Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego za rok 1933/34. Warszawa 1935.

Zbiór prac i streszczeń poglądowych z Zakładu Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego 1932—1934.

Aleksander Krasuski: Zarys farmakohistoryczny naparstnicy. Odb. z „Medycyny". Nr. 5. 1935.

Edmund Mikulaszek: O wielocukrach bakteryjnych. Arch. Tow. Nauk. we Lwowie. Dział III. Tom. VI. Zeszyt 13.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—
zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.